

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Gerencia y Economía de Servicios de Salud

Diplomado a Distancia

Tomo I I



material

de estudio

Gerencia y economía de servicios de salud
Diplomado a distancia

Material de estudio
Tomo II



Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Ciudad de México, junio de 2000.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Editor: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Calle San Ramón s/n esq. San Jerónimo,
San Jerónimo Lídice,
C.P. 10100 México, D. F. Tel. 5595-0011
Registro 3079

© Derechos reservados. 1999. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad

ISBN: 968-6748-20-2 - Tomo II de II.

Índice

	Página
¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico?	5
¿Cómo está conformado el Diplomado?	7
Módulo 4. Desarrollo de habilidades gerenciales, por José Miguel Hernández Barajas.	9
Tema 1. Comunicación general.	11
Tema 2. Liderazgo.	19
Tema 3. Teorías de la motivación.	33
Tema 4. Manejo del conflicto y negociación.	41
Tema 5. Toma de decisiones y equipo de trabajo.	59
Módulo 5. Calidad y mejora continua en los servicios de salud, por Jesús Ríos Martínez.	75
Tema 1. El movimiento hacia la calidad: de la inspección a la mejora continua.	77
Tema 2. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad.	93
Tema 3. Sistemas de costos de mala calidad.	109
Ejercicios y actividades de evaluación.	120
Módulo 6. Evaluación económica, por G. Esthela Redorta Zúñiga.	121
Tema 1. Evaluación económica en el campo de salud.	123
Tema 2. Evaluación macroeconómica y las políticas públicas.	145
Ejercicios y actividades de evaluación.	167
Formato para envío de actividades de evaluación.	178

¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico?

El material didáctico está conformado por *una guía didáctica y el material de estudio* de cada uno de los módulos del Diplomado.

Guía didáctica

La Guía Didáctica tiene el propósito de ofrecer a usted una orientación general sobre los procedimientos para realizar el Diplomado y recomendaciones para aprovecharlo mejor. En este sentido, *es importante que lea toda la guía didáctica antes de pasar al material de estudio y que incluso la revise antes de iniciar un nuevo módulo.*

La Guía Didáctica contiene los apartados siguientes:

Planteamiento del Diplomado: En esta parte se señalan la justificación, propósito, objetivos y perfil de egreso, lo que le permitirá delimitar las finalidades del Diplomado y tener un punto de referencia para que usted evalúe si está cubriendo las expectativas de aprendizaje. También incluye un esquema en el que se indican el orden de los módulos, de forma que usted pueda llevar un seguimiento de éstos y distinguir la relación interna de cada una de las partes del Diplomado. Para ello también se señalan las palabras clave de cada módulo.

Metodología: Señala los medios de comunicación por los que usted puede mantener el contacto con este Centro y conocer las responsabilidades de su tutor. En el apartado *¿Qué se espera de mí como participante de un diplomado a distancia?* se señalan algunas recomendaciones para un mejor aprovechamiento del Diplomado.

Una lista de los ejercicios que debe resolver y enviar al CIESS, así como las características del proyecto final que debe exponer en la fase presencial para acreditar el Diplomado, se ofrecen en el título *¿Qué actividades debo realizar y cómo se evaluará mi desempeño? Aquí se indican las fechas límite para entregar cada ejercicio y los avances del trabajo final requerido para la aprobación del Diplomado.* En el material de estudio también se indican estas actividades. Las características del trabajo final se ofrecen en el módulo I. También se indica el procedimiento y las características de la acreditación que el CIESS otorgará por aprobar este Diplomado.

Equipo docente: En esta sección se hace una presentación de los coordinadores y tutores.

Glosario: Ofrece una lista de términos importantes para el estudio de los temas que se abordan en el Diplomado.

Material de Estudio

Este material está dividido de acuerdo con los cuatro módulos que conforman la fase a distancia. En él se señalan los temas seleccionados en función de los objetivos de aprendizaje ordenados de manera secuencial para que la asimilación se realice paulatina y progresivamente.

Para el logro de los objetivos de aprendizaje de cada módulo *es importante que realice la lectura de los textos correspondientes antes de pasar a la resolución de los ejercicios* y actividades señaladas para la evaluación. Al finalizar su actividad de evaluación, recuerde enviarla al CIESS oportunamente, de acuerdo con las fechas y tutores correspondientes.

¿Cómo está conformado el Diplomado?

El programa del diplomado a distancia *Gerencia y economía de servicios de salud* corresponde a un diplomado presencial de 240 horas. Pretende integrar el análisis económico a los problemas de los sistemas de salud. Está orientado a dos vertientes: por un lado, a la revisión de conceptos y categorías básicas de la gerencia y economía de la salud, y por el otro, a la aplicación y estudios de estas herramientas para la solución de los problemas de salud.

Módulo 1. Planteamiento de la reforma sectorial. Profundiza en el estudio de temas de relevancia para el sector salud como el impacto del proceso de reforma en América Latina, los aspectos básicos de la reforma, niveles de gestión, la discusión de reforma sanitaria o reforma económica y la relación entre el Estado, mercado, salud y equidad. Incluye requisitos del trabajo final y un ejercicio de evaluación.

Módulo 2. Planeación estratégica en servicios de salud. Se dan las bases para la comprensión de la planeación estratégica, identificando los elementos que la constituyen: misión, visión, el diagnóstico FODA, la matriz de posicionamiento y la generación de estrategias para resolver un problema específico o para proyectar en el largo plazo a la organización. Se incluye un ejercicio de evaluación para el diagnóstico de la organización, que constituye el primer avance del trabajo final.

Módulo 3. Introducción a la economía de la salud. Aborda los conceptos básicos relacionados con la economía de la salud, la influencia de los cambios demográficos y epidemiológicos en el sector, los niveles de aplicación del análisis económico, el análisis del mercado en servicios de salud, así como tipos de costos con sus consideraciones metodológicas, su importancia y utilidad para la toma de decisiones en los programas de salud. Se incluye un ejercicio de costeo.

Módulo 4. Desarrollo de habilidades gerenciales. Se plantean técnicas administrativas que permitan a los gerentes el logro de los objetivos organizacionales, utilizando una comunicación formal efectiva, liderazgo situacional para manejar el conflicto interpersonal e intrapersonal de sus colaboradores, a través de la negociación y el trabajo en equipo. También se considera el manejo de la información como una estrategia en la toma de decisiones.

Módulo 5. Calidad y mejora continua en los servicios de salud. Se describen las etapas de la calidad y los elementos que integran el proceso de mejoramiento continuo para alcanzar los indicadores de calidad en la prestación de los servicios de salud, considerando el costo de la no-calidad o mala

calidad como factor de relevancia, porque los *reprocesos* muchas veces le agregan actividades y costos innecesarios al servicio, reflejando poco beneficio y alto costo. Incluye características del segundo avance del trabajo final.

Módulo 6. Evaluación económica. Se analizan las características y particularidades de la evaluación macro y microeconómica en el campo de la salud, la utilidad para la toma de decisiones de los diferentes tipos de análisis utilizados, costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad y minimización de costos. Se incluye un ejemplo de evaluación macroeconómica y ejercicios de los diferentes tipos de evaluación microeconómica para que se analicen y envíen sus comentarios.

Módulo 4. Desarrollo de habilidades gerenciales

INTRODUCCIÓN

Es importante que todo directivo de la seguridad social identifiquen los procedimientos o las formas humanas en las que se desenvuelven constantemente, como son: atención a usuarios, clientes, derechohabientes, proveedores o algún otro tipo de personas que son pieza clave para cumplir nuestros objetivos.

El material está diseñado para que se pueda aplicar en su área de trabajo, además de que puede ser un texto de consulta y permite al lector una guía para ejercitarlo en el proceso administrativo.

El material está dividido en cinco temas, de los cuales el primero hace un breve análisis de la comunicación y la forma en que tenemos la oportunidad de identificar dicha comunicación en la estructura laboral en la que se cada quien se desenvuelve laboralmente.

En el siguiente tema se analizan diferentes teorías así como los estilos de liderazgo que cada directivo pudiera tener, por lo que a través del enfoque situacional podemos saber el estilo que se tiene.

Continuando con el texto, la motivación es un factor muy importante para todo directivo, incluyéndonos en forma personal. En ésta se presentan de igual forma algunas teorías, de las cuales la teoría conductual nos arroja uno de sus métodos para poder aplicar reforzadores y con esto mantener la motivación del trabajador o su contrario.

El siguiente tema se refiere a los conflictos y la negociación. En muchas ocasiones nos enfrentamos a conflictos y no todos los sabemos resolver, por lo que en este punto se hace referencia a la forma en que se presentan los conflictos, y en la parte de la negociación se identifican las mejores técnicas para solucionar conflictos, enfrentarlos o dirigir el conflicto de la mejor forma posible tanto para la persona que tenemos enfrente como para el directivo. Es decir, ganar - ganar es igual a que todos ganemos.

Uno de los aspectos que nos encontramos en forma cotidiana es tomar la decisión correcta, todo directivo se encuentra en esa encrucijada ya que tomar una decisión correcta o incorrecta puede representar en algunos casos la vida o la muerte, por eso en este tema se presenta una de las formas para aplicar la decisión futura posible y correcta.

El último punto se refiere a la forma en que tenemos oportunidad de identificar nuestro grupo y equipo de trabajo, ya que es necesario hacernos de nuestro equipo de trabajo, si es que no lo tenemos, debido a que se ha demostrado que las mejores empresas han tenido mejores resultados cuando se trabaja en equipo (como ejemplo se sabe de los japoneses, con sus círculos de calidad) y si contamos con él entonces es necesario armonizar y mantener las conductas positivas para que se siga progresando.

OBJETIVO

- Aplicar las habilidades gerenciales requeridas en los servicios de salud.

PALABRAS CLAVES

Cliente	Necesidades secundarias
Comunicación	Poder
Costo-beneficio	Reforzadores
Dirigir	Ruido
Equipo	Selección de opciones
Estrategia	Servicio
Grupo	Táctica
Liderazgo	Usuario
Motivación	
Necesidades primarias	

TEMAS

1. Comunicación gerencial.
2. Liderazgo.
3. Teorías de la motivación.
4. Manejo del conflicto y negociación.
5. Toma de decisiones y equipos de trabajo.

Autor de todos los temas: José Miguel Hernández Barajas.

Tema 1. Comunicación general

Por José Miguel Hernández Barajas

Resumen

Tanto en nuestro trabajo como en cualquier parte que tengamos la necesidad de comunicarnos, se sabe que la comunicación tiene funciones básicas como son: control, motivación, expresión emocional e información.

Para los directivos y empleados, su grupo de trabajo constituye la principal fuente de interacción social, por lo que la comunicación tiene lugar, valor únicos e indispensables para que externen su frustración y sentimientos de satisfacción o insatisfacción, permitiendo así la expresión emocional y la satisfacción de necesidades sociales.

Para un directivo la comunicación es vital debido a que facilita la toma de decisiones, ya que proporciona la información que necesitan los empleados y los grupos diversos para tomar decisiones al transmitir los datos con los cuales identifican y evalúan las diversas opciones.

La comunicación ascendente sirve para suministrar información a los niveles superiores, darles a conocer el progreso en la obtención de metas y los problemas actuales o de cualquier otra índole. Gracias a ellas los gerentes conocen las opiniones de los subalternos acerca de su trabajo, de sus compañeros y la empresa en general. De esta forma los gerentes pueden recurrir a ella para averiguar cómo mejorar las cosas entre los de menor jerarquía. Así la preparación de informes sobre el rendimiento, las cajas de sugerencias y las sesiones informales podrán ser más efectivas.

Finalmente, la comunicación lateral tiene lugar entre miembros de un mismo grupo de trabajo, o entre personal horizontalmente equivalente, en éste el lenguaje tiende a ser más informal. Debido a que la jerarquía no es impedimento, se dice que se trata de una comunicación lateral.

Tema 1. Comunicación gerencial

Por José Miguel Hernández Barajas

Una comunicación deficiente es la causa más citada en el conflicto interpersonal. Como pasamos casi el 70% de las horas de vigilia comunicándonos, es lógico afirmar que una de las fuerzas que más inhiben un desempeño del grupo es la falta de una buena comunicación. No hay un grupo que pueda sobrevivir sin la comunicación: la transmisión de su significado entre sus integrantes. Solo mediante la transmisión de significado de una persona u otra es posible la comunicación de información e ideas. Sin embargo, la comunicación es algo más que la mera transmisión de significado. También debe ser entendida. En un grupo donde un miembro habla solo japonés y los demás no lo hablan, ese individuo no será entendido plenamente. Por lo tanto, la comunicación ha de incluir tanto la transferencia como la comprensión del significado.

Funciones de la comunicación

La comunicación realiza cuatro funciones básicas en el interior de un grupo u organización hospitalaria: control, motivación, expresión emocional e información.

La comunicación sirve para controlar en diversas formas el comportamiento de los empleados. La organización posee jerarquías de autoridad y normas formales que es preciso que así se acaten, cuando se exige que los empleados comuniquen primero las quejas a su jefe inmediato, que se ajusten a la descripción de su puesto o que obedezcan las políticas de la compañía, la comunicación está efectuando una función de control.

La comunicación propicia la motivación al esclarecer a los empleados lo que han de ser, la eficacia con que ejercen sus funciones y qué medidas tomar para mejorar el desempeño en caso de que sea insatisfactorio. La fijación de metas concretas, la información acerca del avance en la consecución de los objetivos y el reforzamiento de la conducta deseada estimulan la motivación y requiere comunicación.

Para muchos empleados, su grupo de trabajo constituye la principal fuente de interacción social. La comunicación que tiene lugar en él es un mecanismo indispensable para que externen su frustración y sentimientos de satisfacción. Así pues, la comunicación permite la expresión emocional de sentimientos y la satisfacción de necesidades sociales.

La comunicación propicia la motivación al esclarecer a los empleados lo que han de ser, la eficacia con que ejercen sus funciones y qué medidas tomar para mejorar el desempeño.

La última función que cumple la comunicación se relaciona con su participación en la facilitación de la toma de decisiones. Proporciona la información que necesitan los individuos y grupos para tomar decisiones al transmitir los datos con los cuales identificar y evaluar las diversas opciones.

Proceso de la comunicación

La comunicación puede concebirse como un proceso o flujo. Los problemas surgen cuando hay desviaciones o bloqueos en el flujo.

Un modelo de la comunicación: para que se lleve a cabo la comunicación se requiere un propósito expresado como un mensaje por transmitir. El mensaje se origina en una fuente (el emisor) y llega a un receptor. Está codificado (convertido en forma simbólica) y se transmite a través de un medio (canal) al receptor, quien retraduce (descifra) el mensaje iniciado por el emisor. El resultado es una comunicación de significado entre personas.

La fuente inicia un mensaje al codificar un pensamiento. Se han mencionado cuatro condiciones que afectan al cifrado: habilidad, conocimiento, actitud y sistema sociocultural.

cuatro condiciones que afectan al cifrado: habilidad, conocimiento, actitud y sistema sociocultural.

La eficacia global de la comunicación comprende además, las destrezas del habla, lectura, escuchar y razonar. Tenemos ideas preconcebidas sobre abundantes temas, y esas actitudes inciden en la comunicación. Nuestro conocimiento en una materia limita la actividad comunicativa. No podemos comunicar algo que no sabemos, y si nuestro conocimiento es demasiado vasto quizás el receptor no entienda el mensaje. Claro está que la cantidad de conocimiento que tiene la fuente acerca de su material repercutirá en el mensaje que trata de transmitir. Y, por último, del mismo modo que las actitudes afectan al comportamiento, también lo hace nuestra posición en el sistema cultural al que pertenecemos. Las creencias y valores del individuo, que forman parte de su cultura, vienen a influir en él como fuente de la comunicación.

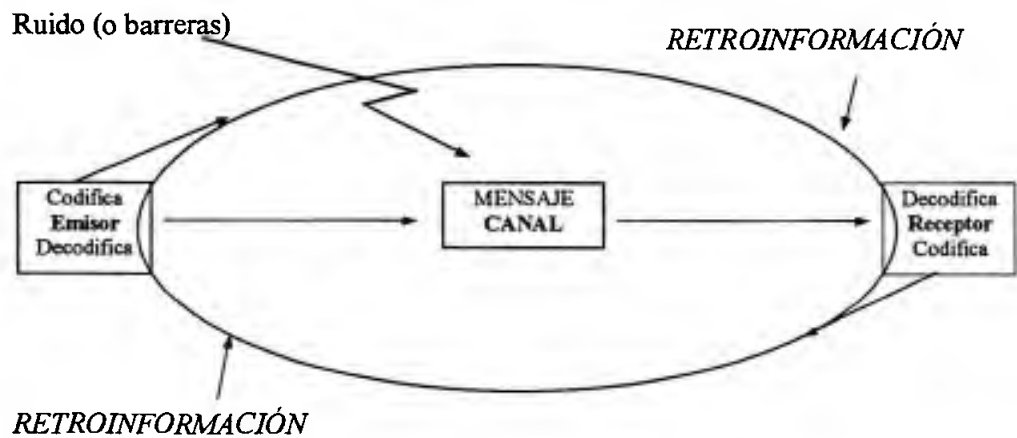


Figura 1 Modelo representativo de la comunicación.

Fuentes de distorsión: por desgracia, la mayor parte de los siete componentes del modelo del proceso comunicativo pueden crear distorsión y, por lo mismo, afectan al ideal de conseguir una comunicación perfecta. Esas causas de distorsión explican por qué el mensaje descodificado por el receptor rara vez corresponde exactamente al que deseaba transmitir el emisor.

Si el cifrado se efectúa con poco cuidado, el mensaje quedará distorsionado. También la naturaleza del mensaje puede provocar distorsión. Una elección inadecuada de símbolos y la confusión en el contenido de él, constituyen aspectos frecuentes de problemas. Desde luego, el canal tiene la capacidad de distorsionar la comunicación si no se escoge el idóneo o si el nivel de ruido es alto. El receptor representa la causa final capaz de ocasionar la deformación. Sus prejuicios, conocimientos, habilidades perceptuales, extensión de atención y cuidado en el descifrado son factores que pueden hacer que el mensaje se interprete de manera un poco diferente a la deseada por el emisor.

Barreras contra una buena comunicación

Filtración. Denota la manipulación de la información por el emisor, a fin de que sea vista más favorablemente por el receptor. Por ejemplo, cuando un gerente le dice a su jefe lo que piensa que éste desea oír, está filtrando información. A medida que la información llega a ejecutivos de rango superior, va siendo condensada y sintetizada por subordinada para que los ejecutivos de alta gerencia no se vean abrumados por un exceso de información. Los intereses y percepciones personales de lo que es importante para quienes la sintetizan culminará en una filtración.

Percepción selectiva. Los receptores, en el proceso comunicativo, ven y oyen de modo selectivo basándose en sus necesidades, motivaciones, experiencias, educación y otras características personales. También proyectan sus intereses y expectativas personales en la comunicación al ir la descifrando.

Emociones. El estado de ánimo del receptor en el momento en que le llega un mensaje incidirá en la interpretación que le dé. Un mismo mensaje recibido cuando esta enojado o perturbado será interpretado en forma distinta a cuando su estado de ánimo sea neutral. Las emociones extremas, como el gozo y la depresión, fácilmente obstaculizan una buena comunicación. En tales casos, estamos propensos a dejarnos llevar por la emoción más que por procesos del pensamiento racional y objetivo.

Lenguaje. Las palabras significan cosas diferentes para cada persona. El significado de la palabra no está en ella sino en nosotros. La edad escolaridad y sistema cultural son tres de las variables más obvias que inciden en el lenguaje que utiliza el sujeto y en las definiciones que damos a las palabras. Los empleados de una organización provienen de diversos medios. Además, el agrupamiento de ellos en un departamento crea especialistas que desarrollan su propia jerga o lenguaje técnico. Los emisores tienden a suponer que las palabras y términos que utilizan tienen el mismo significado para ellos y para el receptor. Y como no es así, se originan dificultades en la comunicación.

El significado de la palabra no está en ella sino en nosotros.

Superación de las barreras

Las siguientes recomendaciones servirán para hacer más satisfactoria la comunicación.

Usar la retroalimentación. Muchos problemas de la comunicación se deben a malos entendidos e interpretaciones incorrectas. Unos y otras tienden a presentarse con mayor o menor frecuencia si se cerciora que el circuito de retroalimentación se usa en el proceso de la comunicación. El emisor puede formar una serie de preguntas conexas con el mensaje, a fin de averiguar si se recibió tal como él deseaba. Mejor aún: puede pedirle al receptor que repita el mensaje con sus propias palabras. Si el emisor oye después lo que se deseaba, habrán mejorado la comprensión y la exactitud. La retroalimentación presenta a sí mismo otras formas más sutiles que la pregunta directa o la síntesis del mensaje por el receptor.

Simplificar el lenguaje. Como el lenguaje puede ser una barrera, el emisor procurará estructurar el mensaje de manera que sea claro y comprensible. Hay que escoger con mucho cuidado las palabras. El emisor tiene la obligación de simplificar su lenguaje y tener en cuenta los destinatarios del mensaje, de modo que el lenguaje sea compatible con los receptores. Recuérdese que la comunicación eficaz se logra cuando el mensaje se recibe y entiende. La comprensión mejora al simplificar el lenguaje utilizado, teniendo presente la audiencia a la que está destinado. Los vocabularios especializados facilitan la comprensión cuando se utilizan con miembros de otro grupo que hablan ese "idioma", pero puede provocar innumerables problemas al emplearse fuera de ese grupo.

El emisor tiene la obligación de simplificar su lenguaje y tener en cuenta los destinatarios del mensaje, de modo que el lenguaje sea compatible con los receptores.

Escuchar activo. Cuando alguien habla, nosotros, oímos. Pero muchas veces no escuchamos. Escuchar es la búsqueda activa de significado, mientras que oír es pasivo. Cuando uno escucha, dos personas están pensando: el receptor y el emisor. Muchos de nosotros no sabemos escuchar. ¿Por qué?, porque es difícil y casi siempre procura mayor satisfacción tener la iniciativa. Y en realidad, escuchar cansa más que hablar. Exige un esfuerzo inteligente. A diferencia del acto de oír, escuchar activamente requiere concentración absoluta.

En realidad, escuchar cansa más que hablar.

Controlar las emociones. Sabemos por experiencia personal que las emociones pueden obscurecer y distorsionar mucho la transmisión del significado.

Direcciones de la comunicación

Las comunicaciones pueden fluir en dirección vertical o lateral. La dimensión vertical es divisible a su vez en dirección ascendente y descendente.

Comunicación descendente. La comunicación que fluye de un nivel de un grupo u organización hacia un nivel inferior es descendente. Cuando imaginamos a los gerentes comunicándose con sus subalternos, generalmente pensamos en el patrón descendente. Lo utilizan los líderes de grupos y gerentes para asignar metas, dar instrucciones acerca de tareas, dar a conocer las políticas y procedimientos, señalar problemas que es preciso corregir y ofrecer retroalimentación acerca del rendimiento.

Comunicación ascendente. Sirve para suministrar retroalimentación a los niveles superiores, darles a conocer el progreso en la obtención de metas y los problemas actuales. Gracias a ellas los gerentes conocen las opiniones de los subalternos acerca de su trabajo, de sus compañeros y la empresa en general. Los gerentes también pueden recurrir a ella para averiguar cómo mejorar las cosas; entre los ejemplos de la comunicación ascendente en las organizaciones figuran la preparación de informes sobre el rendimiento, las cajas de sugerencias y las sesiones informales.

Comunicación lateral. Cuando la comunicación tiene lugar entre miembros de un mismo grupo de trabajo, entre los integrantes de grupos de trabajo del mismo nivel, entre los de un mismo nivel o entre personal horizontalmente equivalente, decimos que se trata de una comunicación lateral.

Comunicación no verbal

Para que una comunicación transmita un mensaje, no necesariamente ha de ser verbal. He aquí unos ejemplos: una mirada, una sonrisa, un fruncimiento del ceño, un movimiento del cuerpo. Este ejemplo ilustra que no hay una explicación completa de la comunicación si no incluye los mensajes no verbales a saber: los movimientos corporales, las entonaciones o énfasis que se pone en las palabras, las expresiones faciales, la distancia física existente entre el emisor y el receptor.

Para que una comunicación transmita un mensaje, no necesariamente ha de ser verbal.

Aunque no haya una interpretación unánime de esos movimientos, el lenguaje corporal enriquece, y a menudo complica, la comunicación verbal. Una postura o movimiento del cuerpo no tiene un significado intrínseco de carácter preciso o universal, pero cuando está vinculado al lenguaje hablado, confiere un significado más completo el mensaje del emisor. Es importante que el receptor esté alerta ante esos aspectos no verbales de la comunicación. Conviene que busque las señales no verbales mientras oye el significado literal de las palabras del interlocutor. Ha de estar atento sobre todo de las contradicciones.

Bibliografía

Stephen, P. Robbins (1987).- *Comportamiento organizacional*. Edit. Prentice Hall Hispanoamericana. México.

Davis, K., Newstrom, J. (1993).- *Comportamiento humano en el trabajo*. Edit. Mc Graw Hill, México.

Strauss G. Sayles L (1981). *Personal. Problemas humanos en la administración*. Edit. Edit. Prentice Hall Hispanoamericana. México.

Tema 2. Liderazgo

Por José Miguel Hernández Barajas

Resumen

El código de dirección y liderazgo personal define una serie de actitudes y compromisos que deben tenerse presente de manera integradora para que se puedan alcanzar, con la mejor calidad posible, las metas que se establecen en un tiempo determinado.

Los valores plasmados en el código de los estilos de dirección permiten ratificar o rectificar los avances que hemos tenido en el cumplimiento de propósitos y metas; y de esta manera evaluar lo realizado, de tal suerte que un buen liderazgo no solo es el logro aislado de personas, es el conjunto de personas y cosas. Así, el líder se convierte en el ente integrador de voluntades para el logro de metas y objetivos en cualquier organización.

Las diversas posturas filosóficas permiten al directivo utilizar la herramienta que se ajuste a su personalidad y a su estilo de dirección, conforme a la situación de sus condiciones de trabajo específicas.

Tema 2. Liderazgo

Por José Miguel Hernández Barajas

"El liderazgo consiste en hacer que la gente haga lo que no le gusta y en que a uno le guste lograr eso."
H.S. Truman.

Para el estudio del liderazgo se consideran tres enfoques básicos, como punto de partida, ya que en la actualidad existen otros con un concepto filosófico. Sin embargo, lo que a continuación se describe serán elementos básicos y con ello se podrá obtener una idea más clara de cómo poder identificar su propio estilo de liderazgo, así como de sus seguidores (colaboradores). La primera teoría trató de encontrar rasgos universales de la personalidad que tenían los líderes en mayor grado que el resto de la población. La segunda buscó explicar el liderazgo a partir del comportamiento del individuo. Estas dos se han llamado "puntos de arranque falsos", debido a la postura equivocada y demasiado simple. La tercera le corresponde a las derivadas de los modelos contingenciales, dando paso a la teoría situacional y una cuarta, en la que se encuentra las nuevas teorías de la excelencia.

Teoría de los rasgos

Esta teoría pretende describir a un líder basándose en las connotaciones generales que se le asignan a las cualidades como son la inteligencia, carisma, determinación, entusiasmo, fuerza, valor, integridad, seguridad, en sí mismo y otras, llegando posiblemente a la conclusión de que los líderes deben ser personas muy especiales. Los intentos por aislar esos rasgos en los trabajos de investigación los condujeron a callejones sin salida. Sin duda alguna fueron un rotundo fracaso al pretender identificar una serie de rasgos que siempre distinguían al líder de los seguidores y a los buenos líderes de los líderes ineficientes.

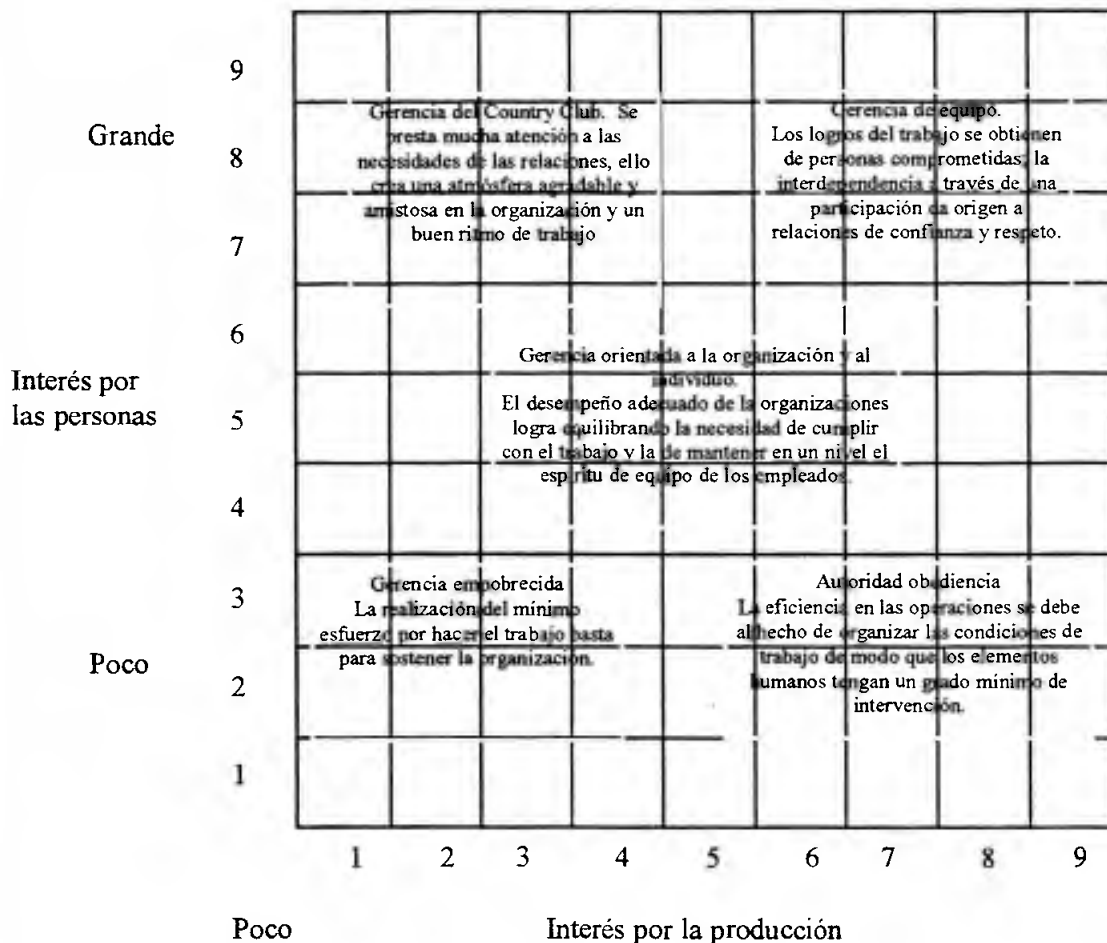
Teorías conductuales

La imposibilidad de dar solución a la teoría de los rasgos impulsó a los investigadores estudiosos de la conducta, a analizar la forma en que un buen líder se conducía. La diferencia entre la teoría de rasgos y la conductual, fundamentalmente residía en la forma en que realizaba las suposiciones de cada líder. Por ejemplo: el líder posee comportamientos específicos, por lo tanto es posible enseñar el liderazgo (por ejemplo, diseñar programas de conducta en donde se modifique las conductas de los patrones de líderes), lo que significaría que se podría tener líderes para toda ocasión.

Cuadrícula (grid) gerencial

Blake y Mouton inventaron una representación gráfica de la concepción bidimensional del estilo de liderazgo. Ésta se basa en los estilos de “interés por la gente” e “intereses por la producción”, rejilla que en esencia representa las dimensiones de consideración e inicio de estructura descubiertas en la Ohio State University o las dimensiones de orientación al empleado y orientación a la producción aportadas por los estudios de la Michigan University.

Conforme a los resultados Blake y Mouton, los líderes alcanzan el máximo nivel de rendimiento en un estilo 9.9 en contraste con, por ejemplo, el líder 9.1 (tipo autoritario) o el líder 1.9 (tipo sociable). No existe evidencia que asegure que un estilo 9.9 sea el más eficaz en todos los casos.



Cuadro 1

Cuadrícula Grid Gerencial.

A continuación podremos presentar la cuadrícula gerencial aplicada en el proceso administrativo, esperando que pueda ser de guía para su aplicación en su ámbito laboral.

Resumen de la dinámica de los estilos Grid

Funciones de gerencia	1,1	1,9	5,5	9,1	9,9
Planeación	Asigno las tareas de manera amplia, evitando el fijar objetivos o programas cuando esto es posible. Cada subordinado trabaja por su cuenta.	Sugiero tareas y expreso mi confianza diciendo: "Tengo la seguridad de que sabrás hacer esto y lo otro y todo saldrá bien".	Hago mis planes de acuerdo con lo que sé que mis subordinados aceptan y lo que pueden resistir. Entonces hago el plan para cada subordinado, basándome en lo que creo él pensará es razonable.	Preparo mi plan fijando cuotas de producción y detallando programas para lograrlo.	Reúno al personal que posee la información pertinente o gran interés en el resultado y reviso con ellos por completo el asunto. Formulamos de principio a fin un modelo equilibrado para obtener un armazón sobre el cual construir un programa completo. Recojo sus reacciones e ideas. Establezco con ellos objetivos y plazos de ejecución flexibles.
Organización	Si se le deja a sus propios recursos, cumplen sus tareas ya que saben sus capacidades mejor que nadie.	Los subordinados saben lo que deben hacer y cómo coordinar esfuerzos entre ellos. Si mis consejos les escucho y les ofrezco toda la ayuda que pueda darles.	Tras explicar objetivos y programación, reparto tareas individuales. Me cercioro de que mis subordinados piensen que lo que exijo es razonable. Les insisto a que se sientan libres de volver a consultarme si no saben cómo cumplir lo ordenado.	Fijar tareas y les explico a mis subordinados lo que deben llevar a cabo y cómo, cuándo y con quién.	Dentro del armazón total, determinemos responsabilidades, procedimientos y pautas a seguir.

Resumen de la dinámica de los estilos Grid

Funciones de gerencia	1,1	1,9	5,5	9,1	9,9
Dirección	Transmito las órdenes de mis superiores a mis subordinados. Repito las cosas tan literalmente como puedo sin añadir nada de mi parte.	Me veo con mis subordinados frecuentemente y les animo a que me visiten. Mi puerta está abierta. Mi deseo es conseguirles lo que quieren, sin que tengan que pedirlo. Esa es la forma de animar al personal.	Sigo de cerca el rendimiento de cada individuo y reviso su progreso de tiempo en tiempo. Si un subordinado encuentra dificultades, trato de aminorar la presión que se ejerce sobre él, reorganizando las condiciones de trabajo dentro de lo posible.	Sigo de cerca lo que ocurre, para asegurarme que lo que yo he autorizado se cumple.	Me informo sobre el progreso y ayudo a mis subordinados identificando problemas y revisando objetivos con ellos. Les presto ayuda cuando la necesitan, removiendo obstáculos en su paso.
Control	Hago mis visitas de inspección pero procuro no tomar acción en el acto. Así les gusta y también a mí.	Raramente me veo en situación de revisar cómo van las cosas, puesto que mis subordinados hacen todo lo que pueden. Me esfuerzo en felicitar a cada individuo por sus buenos esfuerzos. En nuestras discusiones usualmente terminamos hablando de por qué lo hicimos tan bien como lo hicimos y cómo podremos conseguir que continúen las cosas marchando igual o mejor en el futuro.	Convoco a una reunión informal para discutir la marcha de los buenos puntos y evito la crítica negativa, aunque insto a mis subordinados a que ellos mismos identifiquen sus puntos débiles. Mis subordinados saben que tomaré en cuenta sus pensamientos y sentimientos al programar las próximas tareas.	Me aseguro de que mis programas se lleven a cabo, y apuro a la gente para que vayan mas rápido si el progreso lo permite. Critico, culpo a quienes se desvían de mis órdenes e impongo correctivos.	Además de la crítica que hago sobre la marcha para conseguir que los programas se cumplan a su tiempo, celebro una reunión final con los responsables. En ella evaluamos la forma en que se desarrolló el programa y procuramos aprender de la experiencia para aplicar al futuro. Premio con el mérito debido tanto al equipo como a cualquiera de sus individuos por contribuciones personales

Tabla 1 *Adaptada de Blake y Mouton(1980).*

Como se pudo observar en esta tabla se ubica el estilo del líder aplicado en el proceso administrativo, con la finalidad de que pueda ser una guía en nuestra actividad laboral.

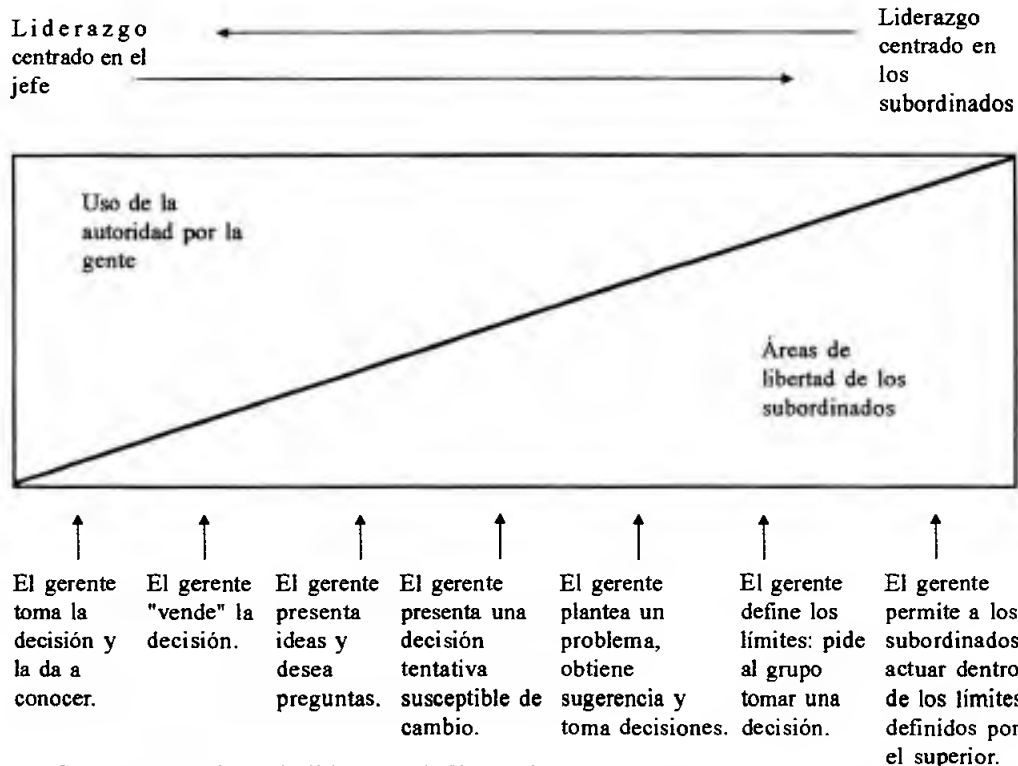
Teorías de contingencia

La imposibilidad de obtener resultados congruentes, como se señaló anteriormente, dio origen a un nuevo enfoque sobre el liderazgo, en donde hizo énfasis en los factores situacionales. Así, se dice que la eficacia del liderazgo depende de la situación y otra muy distinta logra aislar esas condiciones situacionales. De las variables situacionales más importantes en las que se han tenido éxito, se encuentran las del continuo autocrático-democrático y los modelos de Fiedler, de Hersey - Blanchard, de camino - meta y de líder - participación entre otros.

Modelo del continuo autocrático-democrático

En este modelo se analiza de la siguiente forma. En un extremo el líder toma las decisiones, ordena a sus subordinados y espera que lo obedezcan. En el otro extremo comparte con los subordinados el poder de tomar decisiones, permitiendo a cada miembro del grupo una participación igual: una persona, un voto. Entre ambos extremos caen varios estilos del liderazgo: el estilo escogido depende de las fuerzas que actúan sobre el líder, el grupo operacional y la situación. Se dice que esta forma de representar a este modelo de la teoría de la contingencia es primitivo, lo que se podrá observar al comparar con los siguientes modelos.

Entre ambos extremos caen varios estilos del liderazgo: el estilo escogido depende de las fuerzas que actúan sobre el líder, el grupo operacional y la situación.



Cuadro 2 Continuo de liderazgo de Tannenbaum.

Fiedler realizó su modelo tomando en cuenta tres aspectos básicos, que son los siguientes:

1. **Relaciones entre líder y miembros.** Este factor indica el grado de confianza, seguridad y respeto que tienen los subordinados con el líder
2. **Estructura de la tarea.** Es el grado en que están sistematizadas (es decir, estructuradas o no estructuradas) las asignaciones de trabajos.
3. **Poder de posición.** Es el grado de influencia que un líder tiene sobre las variables del poder como contratar, despedir, imponer sanciones, promover y aumentar el sueldo.

Fiedler explica que, cuanto mejores sean las relaciones entre líder y miembros, cuanto más estructurado esté el trabajo y cuanto más fuerte sea el poder de posición, mayor control o influencia tendrá el líder. Por ejemplo, una situación sumamente favorable (en la cual el líder ejercerá un gran control) puede ser la de un gerente de nóminas que goza de mucho respeto y cuyos subordinados tienen confianza en él (buenas relaciones entre líder y miembros); esa situación las actividades por realizar (como el cálculo de los sueldos, la preparación de los cheques e informes) son específicas y claras (gran estructura de las tareas) y el trabajo le da considerable libertad para premiar o castigar a los subordinados (fuerte poder de posición) En cambio, una situación desfavorable sería la de un presidente de unas asociación caritativa a quien no apreciaran sus colaboradores. En este trabajo, el líder tiene escasisimo control. En resumen, al mezclar las tres variables de contingencia, hay ocho situaciones o categorías potenciales en que un líder puede encontrarse.

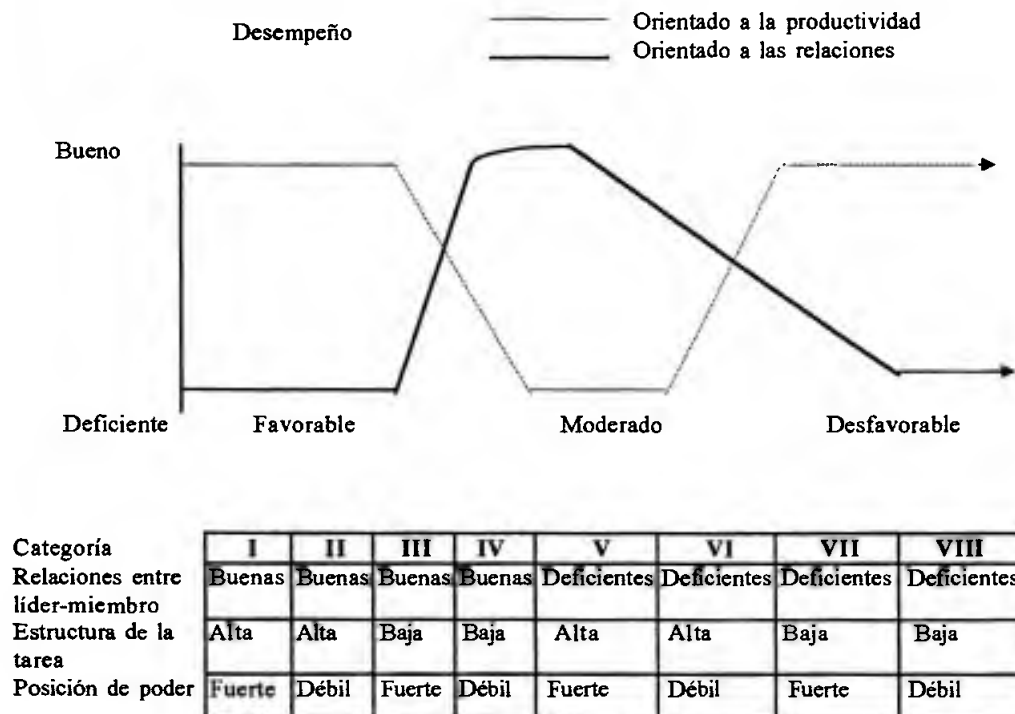


Figura 2 Modelo de Fiedler

Teoría situacional de Hersey Blanchard

Este modelo es de los más utilizados y tal vez el más representativo de la teoría situacional, Paul Hersey y Ken Blanchard. Ésta se centra en los seguidores, es decir, dependiendo del comportamiento o niveles de madurez de los seguidores le corresponde una forma de ejercer el estilo del liderazgo.

Se dice que la importancia concedida a los seguidores, denota el hecho de que son ellos quienes aceptan o rechazan al líder. Sin importar lo que él haga, la eficiencia se basa en las acciones de sus seguidores. Se trata de una dimensión fundamental que ha sido omitida o que no ha recibido la importancia que merece en la mayor parte de las teorías sobre el liderazgo.

Con respecto a la palabra madurez Hersey y Blanchard, la definen como la capacidad y deseo de las personas de asumir la responsabilidad de dirigir su propio comportamiento. Ésta se ubica en dos componentes: madurez para el trabajo y madurez psicológica. En el caso primero se refiere a los conocimientos y destrezas. Los que la poseen tienen el conocimiento, capacidad y experiencia para realizar su trabajo sin la dirección de otros. La madurez psicológica denota la disposición o motivación para hacer algo. Quienes la poseen en alto grado no necesitan un fuerte aliento externo; ya están motivados intrínsecamente.

Hersey y Blanchard retoman los conceptos que señaló Fiedler, pero los enriquecen y le aumentan alta o baja y luego las combinan en cuatro estilos específicos del liderazgo que son: ordenar, persuadir (vender), participar y delegar. A continuación se describen cada estilo.

Ordenar (gran orientación a la productividad - poca orientación a las relaciones interpersonales). El líder define los roles y le dice a las personas cuándo, cómo y qué cosas hacer. Se pone de relieve el comportamiento directivo.

Persuadir (gran orientación a la productividad - gran orientación a las relaciones interpersonales). El líder tiene un comportamiento directivo y de apoyo a la vez.

Participar (poca orientación a la productividad - gran orientación a las relaciones interpersonales). El líder y el seguidor participan en la toma de decisiones, siendo la función principal del líder facilitar y comunicar.

Delegar (poca orientación a la productividad - poca orientación a las relaciones interpersonales) El líder brinda poca dirección y apoyo.

Por otra parte, definen cuatro etapas de la madurez:

M1. El individuo no puede ni quiere asumir la responsabilidad de hacer algo. No es competente ni tiene seguridad en sí mismo.

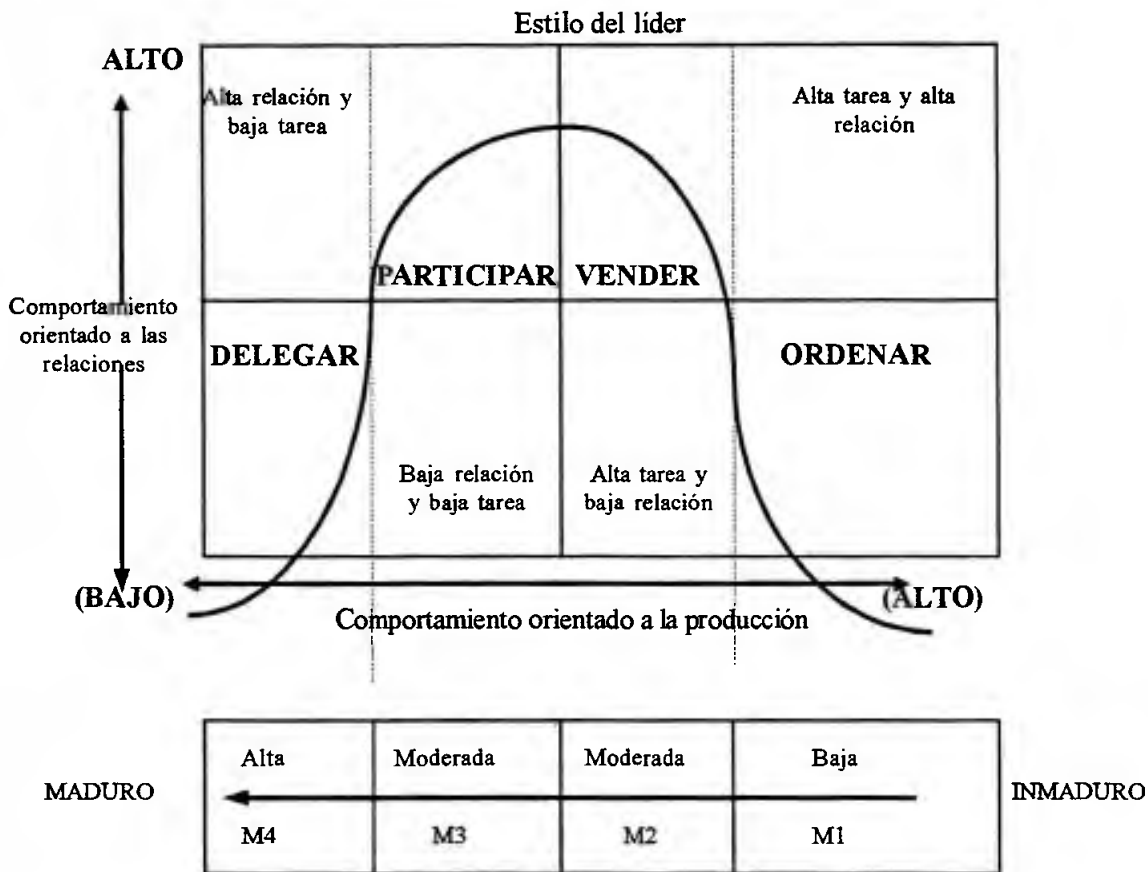
M2 El individuo no puede ni quiere hacer las tareas necesarias del puesto. Se siente motivado, pero le faltan las habilidades apropiadas.

M3 El individuo puede, pero no quiere hacer lo que desea hacer el líder.

M4 El individuo puede y quiere hacer lo que se le pide.

En este último, el líder tiene poco que hacer, ya que los seguidores si quieren y pueden asumir la responsabilidad del trabajo.

Como se puede observar existe bastante semejanza en los estilos de liderazgo propuestos por Hersey y Blanchard y los cuatro ángulos extremos en la cuadrícula gerencial. El estilo de ordenar equivale al líder 9.1; el vender al 9.9; el de participar equivale a 1.9; y el de delegar es lo mismo que el líder: 1.1.



Cuadro 3 *Modelo del liderazgo situacional por Hersey y Blanchard.*

Estilos básicos de dirección

De este modelo se derivan los estilos básicos de dirección en los se describen sus características; usted puede observarlos conforme al cuadro anterior ⁽³⁾.

Ordenar: Este estilo se caracteriza por estar altamente orientado hacia la tarea, pero con poca atención hacia la relación o los elementos del proceso socioafectivo. Se considera al líder como poseedor de métodos bien definidos para la realización de metas importantes para sus seguidores. Ocasionalmente este estilo puede generar percepciones de actitudes impositivas y desagradables, en donde el interés está basado en resultados a corto plazo.

Vender: Este estilo está altamente orientado tanto hacia la tarea como a la relación. Se considera que satisface las necesidades del grupo para el establecimiento de metas y la organización del trabajo, proporcionando altos niveles de apoyo socioemocional.

Participar: Se caracteriza por estar fuertemente orientado hacia la relación, pero con baja preocupación por la tarea. Se considera que tiene una confianza implícita en la gente y que su principal interés está en facilitar la realización de sus metas. El líder está especialmente interesado en la armonía, algunas veces se considera que no desea realizar una tarea si implica arriesgar una buena relación o perder la imagen de “buena persona”.

Delegar: Este estilo está orientado en forma baja tanto a la tarea como a la relación, delegando apropiadamente las decisiones a sus subordinados sobre la realización del trabajo, proporcionando poco apoyo socioemocional o solo cuando el grupo lo requiere. Se considera que el líder proporciona poca estructura o apoyo socioemocional.

Dimensiones de dirección

El rol del directivo o subdirector administrativo se orienta a prever adecuadamente las situaciones por las cuales puede atravesar una unidad de la seguridad social (“negocio”), bajo un enfoque sintético; es decir, no tan solo establecer propósitos en función de la obtención de utilidades, sino maximizar el potencial humano (valores, actitudes y capacidades del personal), así como adecuar la misión del hospital a mejorar el bienestar social de acuerdo al bien o servicio que proporciona buscando el equilibrio económico del medio en el cual opera. Es a través del estilo apropiado y oportuno que todo líder debe ejercer, que se pueden identificar dimensiones del comportamiento relacionadas con la orientación hacia la tarea o la relación, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Es a través del estilo apropiado y oportuno que todo líder debe ejercer, que se pueden identificar dimensiones del comportamiento relacionadas con la orientación hacia la tarea o la relación.

Dimensiones del comportamiento hacia la tarea	Indicador de comportamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Fijar Metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado en que el líder especifica las metas que la gente debe alcanzar.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiza el trabajo de los subordinados.
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer límites de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece límites de tiempo a las personas.
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir 	<ul style="list-style-type: none"> • Da instrucciones precisas.
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar 	<ul style="list-style-type: none"> • Especifica y exige informes periódicos sobre avances.
Dimensiones del comportamiento de relación	Indicador de comportamiento:
<ul style="list-style-type: none"> • Dar apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado en que el líder proporciona apoyo e incentivo.
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar 	<ul style="list-style-type: none"> • Involucra a las personas para que participen en las discusiones sobre actividades laborales.
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar interacciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita la convivencia entre las personas.
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca y escucha las opiniones y preocupaciones de las personas.
<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentar 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona información sobre el desempeño de las personas.

Bibliografía

Blake, Robert R. y Mouton, Jane S.(1980). *El nuevo grid gerencial*. México. Edit. Diana.

García López, Jesús E. (1996). *Seminario El liderazgo y el arte de la dirección*. Expresión XXI A.C. México.

Robins, S. (1987). *Comportamiento organizacional*. Ed. Prentice Hall.- México.

Tema 3. Teorías de la motivación

Por José Miguel Hernández Barajas

Resumen

Durante el proceso administrativo, a la fase de dirección le corresponde, entre otras, la función de comprender las conductas humanas y los factores motivacionales que intervienen en la relación hombre - empresa.

Por una parte, la conducta es lo visible de toda respuesta humana, es en ésta donde se pueden medir las capacidades y las aptitudes, ya que sus manifestaciones, por sí solas nos están reflejando un conjunto de aprendizajes. Mientras que las motivaciones son el motor que genera cualquier conducta, es decir, la conducta se puede ver pero la motivación sólo la experimenta el individuo, por medio de motivadores internos y externos. Por esa razón se torna difícil el que una persona externa pueda satisfacerlos en su totalidad, por eso se dice que se pueden satisfacer sólo si se ajusta a sus patrones de necesidades o carencias. Por ende, las recompensas son aproximaciones más o menos aceptables, ya que son reforzadores generalizados.

La motivación es un término genérico que se aplica a una amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos y fuerzas similares. Decir que los directivos motivan a sus colaboradores, es decir que realizan cosas con las que esperan satisfacer esos impulsos y deseos e inducir a los colaboradores a actuar de determinada manera.

Ahora bien, los motivadores son cosas que inducen a un individuo a alcanzar un alto desempeño. Mientras que las motivaciones son reflejo de deseos, los motivadores son las recompensas o incentivos ya identificados que intensifican el impulso a satisfacer esos deseos. Son también los medios por los cuales es posible conciliar necesidades contrapuestas o destacar una necesidad para darle prioridad sobre otra .

Por otra parte la motivación se refiere al impulso y esfuerzo por satisfacer un deseo o meta. La satisfacción se refiere en cambio al gusto que se experimenta una vez que se ha cumplido un deseo. En otras palabras, la motivación implica un impulso hacia un resultado, mientras que la satisfacción es el resultado ya experimentado.

A continuación se analizarán en forma breve los principales enfoques de las teorías motivacionales aplicadas en la administración del recurso humano.

Tema 3. Teorías de la motivación

Por José Miguel Hernández Barajas

Teoría X y Y de McGregor.

Supuestos de la Teoría X Supuestos de la Teoría Y

- Los seres humanos promedio poseen un disgusto inherente por el trabajo y lo evitarán tanto como sea posible.
- Dada esta característica humana de disgusto por el trabajo, la mayoría de las personas deben ser obligadas, controladas, dirigidas y amenazadas con castigos para que empeñen los esfuerzos necesarios para el cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- Los seres humanos promedio prefieren que se les dirija, desean evitar toda responsabilidad, poseen una ambición relativamente limitada y, por encima de todo, ansían seguridad.
- La inversión de esfuerzo físico y mental en el trabajo es tan natural como el juego o el descanso.
- El control externo y la amenaza de castigo no son los únicos medios para producir esfuerzos dirigidos al cumplimiento de objetivos organizacionales. Las personas ejercen autodirección y autocontrol en favor de los objetivos con los que se comprometen.
- El grado de compromiso con los objetivos está en proporción con la importancia de las recompensas asociadas con su cumplimiento.
- En las condiciones adecuadas, los seres humanos promedio aprenden no solo a aceptar responsabilidades, sino también a buscarlas.
- La capacidad de ejercer un grado relativamente alto de imaginación, ingenio y creatividad en la solución de problemas organizacionales se halla amplia, no estrechamente, distribuida en la población.
- En las condiciones de la vida industrial moderna, las potencialidades intelectuales de los seres humanos promedio se utilizan sólo parcialmente.

Como se puede notar en estos supuestos difieren en esencia entre ellos, porque la teoría X es pesimista, estática y rígida. De acuerdo con ésta el control es externo, es decir, el superior lo impone al subordinado. En la parte contraria, la teoría Y es optimista, dinámica y flexible, permite la autodirección y en la integración de las necesidades individuales a las demandas organizacionales. Por lo tanto los factores motivacionales están dirigidos en el segundo, mientras que en la teoría X no se pueden considerar los factores motivacionales por el tipo de pensamiento, que es rígido.

La teoría X es pesimista, estática y rígida. De acuerdo con ésta el control es externo, es decir, el superior lo impone al subordinado.

Teoría de las necesidades

Ésta es una de las teorías más conocidas sobre la motivación, teoría de la jerarquía de las necesidades propuesta por A. Maslow. Para Maslow explicó que las necesidades humanas cuentan con jerarquías, que se distribuyen de abajo hacia arriba, concluyendo que toda vez satisfecha una serie de necesidades, éstas dejan de funcionar como motivadores.

A continuación se describen cada una de ellas, empezando por la básica.

1. **Necesidades fisiológicas.** Éstas son las necesidades básicas para el sustento de la vida humana, tales como alimentos, agua, calor, abrigo y sueño. Según Maslow, en tanto estas necesidades no sean satisfechas en el grado indispensable para la conservación de la vida, las demás no motivarán a los individuos.
2. **Necesidades de seguridad.** Éstas son las necesidades para librarse de riesgos físicos y del temor a perder el trabajo, la propiedad, los alimentos o el abrigo.
3. **Necesidades de asociación o aceptación.** En tanto que seres sociales, los individuos experimentan la necesidad de pertenencia, de ser aceptados por los demás
4. **Necesidades de estimación.** De acuerdo con Maslow, una vez que las personas satisfacen sus necesidades de pertenencia, tienden a desear la estimación tanto propia como de los demás. Este tipo de necesidad produce satisfacciones como poder, prestigio, categoría y seguridad en uno mismo.
5. **Necesidad de autorrealización.** Maslow consideró a ésta como la necesidad más alta de su jerarquía. Se trata del deseo de llegar a serlo que se es capaz de ser; de optimizar el propio potencial y de realizar algo valioso.

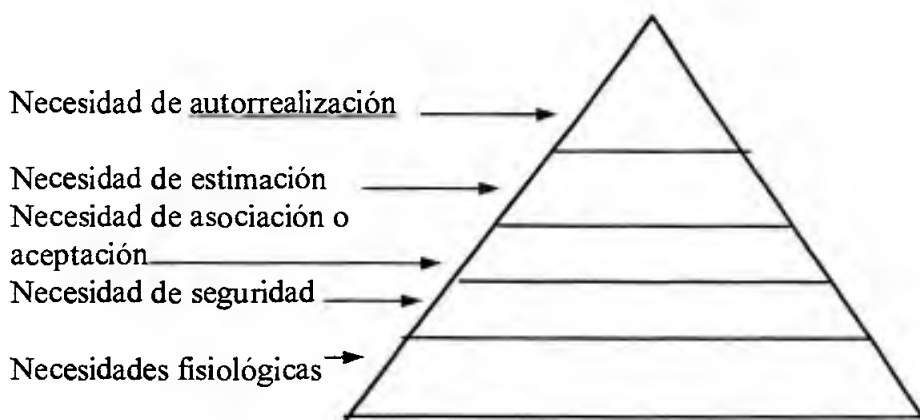


Figura 3 Jerarquía de las necesidades de A. Maslow.

Teoría de la equidad

Un factor importante en la motivación es si los individuos perciben como justa o no la estructura de recompensas. Uno de los medios para abordar este asunto es la teoría de la equidad, la cual se refiere a los juicios subjetivos de los individuos acerca de lo justo de la recompensa obtenida en relación con los insumos (los que incluyen muchos factores, como esfuerzo, experiencia y nivel de estudios) y en comparación con las recompensas obtenidas por los demás. Adams propuso la fórmula para la teoría de la equidad (o *inequidad*), que es la siguiente:

$$\frac{\text{Resultados de una persona}}{\text{Insumo de una persona}} = \frac{\text{Resultados de otra persona}}{\text{Insumos de otra persona}}$$

Debe haber equilibrio entre la relación resultados/insumos de una persona y la de otra.

Si la gente considera que se le ha recompensado inequitativamente, puede sentirse insatisfecha, reducir la cantidad o calidad de su producción o abandonar la organización. Por el contrario, percibe que las recompensas exceden lo que se considera equitativo, quizá trabaje más arduamente (en este caso se genera un sentimiento de deudor), aunque también es posible que las desestime.

Uno de los problemas que pueden surgir en estas circunstancias es que los individuos sobrestimen sus contribuciones y las recompensas que reciben los demás. Los empleados pueden tolerar por un tiempo ciertas inequidades. Pero la persistencia de la sensación de inequidad puede resultar en reacciones desmedidas a sucesos evidentemente menores. Por ejemplo, un empleado al que se llame la atención por un retraso de unos cuantos minutos puede enojarse y optar por dejar de trabajar como lo venía haciendo, no tanto a la llamada de atención como a su duradera percepción de que las recompensas a sus contribuciones son injustas en comparación con las recompensas de los demás (en este caso se genera un sentimiento de víctima del sistema). De igual manera, una persona puede sentirse sumamente satisfecha con un salario semanal de 500 pesos hasta enterarse que otra persona que realiza un trabajo similar gana 50 pesos más, porque considera que el mérese ganar más, porque se considera que es más trabajador o merecedor de reconocimientos, debido al sentimiento de ser víctima.

La persistencia de la sensación de inequidad puede resultar en reacciones desmedidas a sucesos evidentemente menores.

Teoría del reforzamiento

B.F. Skinner creó una interesante técnica de motivación, conocida como reforzamiento positivo o modificación de la conducta. Esta postura sostiene que los individuos pueden ser motivados mediante el adecuado diseño de sus condiciones de trabajo y el elogio por su desempeño, mientras que el castigo al desempeño deficiente produce resultados negativos, por lo que éste último no se debe utilizar, solo en casos excepcionales.

En este enfoque conductual es básico, que si se hace un programa de conducta, se

elabore una lista de los reforzamientos tanto primarios como secundarios, por lo tanto son motivos primarios (son mantenedores de vida) como el hambre y el alimento, la sed y el agua, el dolor y la liberación del dolor. Los motivos secundarios son aquellos que se adquieren por medio de la experiencia y aquellos que no son fundamentales para vivir. La necesidad de poder, de aprobación, de logro y los medios para satisfacerlas.

Los motivos secundarios son aquellos que se adquieren por medio de la experiencia y aquellos que no son fundamentales para vivir.

A continuación se describe un programa de conducta.

Programa de reforzamiento

<p>Razón fija (RF)</p>	<p>El trabajador tiene que dar un número fijo de respuestas para recibir un recompensa. Por ejemplo, podría darse una recompensa por cada segunda, décima o trigésima respuesta.</p>
<p>Intervalo fijo (IF)</p>	<p>La recompensa sigue a la primera respuesta para que ocurra después de un lapso determinado, como sería treinta segundos (IF 30)</p>
<p>Razón variable (RV)</p>	<p>Las recompensas son irregulares, pero ocurren después de varias respuestas que se promedian hasta un número determinado. En un programa de RV 10, la recompensa se daría por la primera respuesta o la trigésima después de la respuesta previamente recompensada, pero en promedio después de diez respuesta. Por ejemplo, podrían ocurrir cinco recompensas después de una, cuatro, diez catorce y veintiuna respuestas. Promediando $1+4+10+14+21 = 50$; $50 / 5 = 10$. De ahí proviene la designación de RV.</p>
<p>Intervalos variables (IV)</p>	<p>Las recompensas siguen a las primeras respuestas después de lapsos variables que promedian hasta cierto valor. Si el promedio de estos lapsos variables fuera de treinta segundos, este programa se llamaría un programa de IV 30.</p>

Tabla 3

Finalmente cuando la conducta no se le refuerza (se incentiva o “estimula”), en un periodo prolongado o por medio de un programa de extinción, se sucede lo que se conoce como extinción de la de la conducta.

Bibliografía

- Morris, Charles G. (1987) *Introducción a la psicología*. Ed. Prentice Hall. México.
- Koontz, Harold y Weihrich, Heinz. (1999) *Administración una perspectiva global*. Edit. McGraw Hill.- México.
- Chiavenato, Idalberto (1989). *Introducción a la teoría general de la Administración*. Edit. McGraw Hill.- México.

Tema 4. Manejo del conflicto y negociación

Por José Miguel Hernández Barajas

Resumen

Ahora sabemos que el conflicto surge del desacuerdo (o choque) respecto a las metas o a los métodos con que se alcanzan y que en las organizaciones es inevitable el conflicto entre distintos intereses. En ocasiones el grado de conflicto es importante, ya que se considera que son los ajustes intra e interpersonales, dando paso a oportunidades para desarrollarnos, y hasta en cierto grado nos permite enfrentarnos a nuevos retos. Por esta razón no se deben eliminar los conflictos, más bien se deben canalizar con elementos creativos y productivos.

Cuando se nos presentan los obstáculos o barreras para conseguir aquello que otra persona tiene o nos está bloqueando para poder obtenerlo, entonces necesitamos negociar para lograr lo que queremos, el arte de conseguir lo que queremos se logra con la negociación efectiva, ganando - ganando, es decir, en el arte de la guerra, se gana limpiamente cuando no existe el derramamiento de sangre, sin violencia y convencidos de no pelear.

Tema 4. Manejo del conflicto y negociación

Por José Miguel Hernández Barajas

Conflicto

En los últimos años se ha convertido en un área central del interés y la investigación en el comportamiento organizacional. Los hechos prueban que ese interés está plenamente justificado, pues el tipo e intensidad del conflicto si afecta al comportamiento del grupo.

Una definición del conflicto

Es preciso que el conflicto sea percibido por las partes. Su existencia o inexistencia es una cuestión de percepción. Si nadie se percata de él, se acepta generalmente que no hay conflicto. Desde luego, los conflictos percibidos no siempre son reales, en tanto que muchas situaciones que podrían describirse como conflictivas no lo son, ya que los miembros del grupo no las perciben como tales. Así pues, para que exista un conflicto, es necesario percibirlo.

Definimos el conflicto como un proceso en el cual A hace un esfuerzo intencional para anular los esfuerzos de B mediante una clase de bloqueo que hará que B no consiga alcanzar sus metas o lograr sus intereses.

Valores sobre la naturaleza del ser humano y su manejo en las organizaciones

- 1.- **Eliminación del supuesto de que el hombre es esencialmente malo y tendencia a considerarlo bueno:** la idea de la maldad del hombre ha generado formas y prácticas de organización hechas para controlar, limitar, revisar, inhibir y castigar. En el seno de algunas organizaciones se observa una falta de respeto hacia la individualidad de las personas.
- 2.- **Eliminación del supuesto de que las personas no cambian y tendencia a considerar que están en formación constante:** el hombre es un ente dinámico y por la misma razón está en transformación constante, aunque algunos de sus atributos persisten y son constantes.

3.- Eliminación del temor a las diferencias individuales y tendencia a aprovecharlas: Hasta hace poco tiempo las instituciones buscaban a las personas con características similares para tratar de disminuir las posibilidades de conflicto, pero ahora se comienza a percibir que las diferencias sociales, de formación académica y de personalidad son altamente funcionales, ya que dichas diferencias proporcionan coyunturas para que se genere la creatividad.

Las diferencias sociales, de formación académica y de personalidad son altamente funcionales, ya que dichas diferencias proporcionan coyunturas para que se genere la creatividad.

Transiciones en el pensamiento acerca del conflicto

Concepción tradicional. El enfoque inicial del conflicto supuso que éste era malo. Se le consideraba negativo, y se usaba como sinónimo de la violencia, la destrucción y la irracionalidad para reforzar su connotación peyorativa. El conflicto puede concebirse por definición, como una cosa perjudicial que es necesario evitar. El enfoque tradicional correspondía a las actitudes referentes al comportamiento de grupo en la década de 1930 y 1940. A partir de los hallazgos aportados por estudios como los ejecutados en Hawthorne, se afirmaba que el conflicto es una consecuencia disfuncional debida a una comunicación deficiente, a la falta de apertura y de confianza entre las persona y la incapacidad de los gerentes de interesarse por las necesidades y aspiraciones de sus empleados.

Teoría conductual. Este enfoque afirma que el conflicto es un proceso natural en todos los grupos y organizaciones. Por ser inevitable el conflicto la escuela conductual propuso la aceptación del mismo. Racionalizo su existencia: es imposible eliminarlo, y además hay ocasiones en que redundan beneficio del desempeño de un grupo. La teoría conductual predomino de fines de 1940 hasta mediados de 1950.

Teoría interaccionista. La perspectiva actual del conflicto es la teoría interaccionista. La teoría conductual aceptaba el conflicto, y en cambio ésta lo alienta basándose en el postulado de que un grupo armonioso, tranquilo, pacífico y cooperativo tiende a volverse estático, apático e indiferente a las necesidades de cambiar e innovar. Así pues, la principal aportación del enfoque consiste en estimular a los líderes del grupo a mantener un nivel mínimo de conflicto: lo suficiente para que siga siendo viable, autocrítico y creativo. Teniendo en cuenta los postulados de la teoría interaccionista, resulta evidente que es incorrecto e ingenuo afirmar que el conflicto siempre es bueno o siempre es malo, pues eso depende del tipo de conflicto.

Naturaleza del conflicto

El conflicto surge del desacuerdo respecto a las metas o a los métodos con que se alcanzan. En las organizaciones es inevitable el conflicto entre distintos intereses y, en ocasiones el grado de conflicto es importante. El conflicto interpersonal surge de diversas fuentes, entre ellas:

- * Cambio organizacional
- * Distintos conjuntos de valores
- * Percepciones y puntos de vista contrarios
- * Choques de personalidad
- * Amenazas del estatus

Estrategias de resolución

Las intenciones ayudan a los participantes a seleccionar sus estrategias. Un vez elegidas y puestas en práctica, las estrategias influyen de modo decisivo en los resultados (triunfo o derrota). Las estrategias más simples se centran en la cooperación o competencia, pero un enfoque muy común revela que hay por lo menos cuatro estrategias netamente distintas, ha saber:

ESTRATEGIA DE RESOLUCIÓN	RESULTADO PROBABLE
Evitación: alejarse física o mentalmente del conflicto	Perder - Perder
Suavización: adaptarse a los intereses del otro	Perder - Ganar
Imposición: servirse de tácticas del poder para ganar	Ganar - Perder
Confrontación: afrontar directamente el conflicto y llegar a una solución mutuamente satisfactoria.	Ganar - Ganar

Cuadro 4 “Si el cliente gana, la seguridad social gana y tu ganas, todos ganan”

Negociación

Un buen servicio solo es bueno, si el cliente dice que lo es.

Los esfuerzos y las buenas intenciones, se le premiarán en el cielo, los resultados aquí en la tierra.

Anónimo

El abordaje y resolución saludable de un conflicto conlleva necesariamente el establecimiento de objetivos específicos, esto es, llegar a ciertos puntos de acuerdo. A ello se dedica la estrategia conocida como negociación.

Si quien se encuentra en un conflicto ha realizado adecuadamente las fases de análisis causal y acopio de información, podrá con toda facilidad evaluar si cuenta con los elementos suficientes para intentar resolver el conflicto, o bien darle algún otro tratamiento, esto es, demorarlo, evitarlo o ignorarlo.

En caso de haber llegado a la conclusión de que sí se cuenta con suficientes elementos como para resolver el conflicto, se deberán de establecer objetivos específicos de la negociación. Esto significa que no necesariamente se debe esperar que en un primer encuentro de negociación se alcance la resolución total del conflicto, sino que se debe pensar en términos de pequeños, pero significativos pasos que vayan llevando a acuerdos satisfactorios para las partes en conflicto.

No necesariamente se debe esperar que en un primer encuentro de negociación se alcance la resolución total del conflicto, sino que se debe pensar en términos de pequeños, pero significativos pasos.

Si queremos ir más allá de un conflicto y darle una solución correcta se dice que se debe reconocer desde un principio los síntomas de los problemas de los miembros del grupo (respecto a la individualidad tanto los personales como los relacionados con el trabajo) deberá estar alerta para reducir al mínimo los malentendidos en la comunicación de persona a persona, deberá tratar de llegar a una comunicación efectiva considerando los problemas que se presentan en torno a ella.

Se considera que existen dos elementos necesarios en nuestras relaciones exitosas:

Empatía. Es la capacidad de ponerse en el lugar de los demás y en tender “su mundo personal de significados”

Aceptación. Es sentirse bien respecto a lo que hace otra persona, pues ello no le ocasiona problemas. Ambos elementos facilitan la resolución de problemas y dan como resultado una mayor satisfacción de necesidades. Cada negocio tiene una imagen, aun si nadie realiza un intento consciente de crearla o mejorarla. La imagen es creada no sólo por el producto y el servicio, sino por todo lo que el cliente presencia y experimenta. Por lo tanto, el cliente es el centro de nuestra empresa, es el generador de lo que hoy somos.

Habilidades de influencia como recursos de negociación

El negociador debe de saber que si influye en su cliente, éste terminará por aceptar las condiciones o peticiones. Por lo tanto, la forma de poder influenciar a nuestros clientes, es en dos aspectos básicos, la persona con sus habilidades y la otra, la habilidad para manejar el medio ambiente. La forma en que el negociador puede influir a otra persona es por medio de su voz, silencio y las ayudas visuales.

El negociador necesita usar su voz, en forma moderada, con la cadencia necesaria, pausadamente en vez de más alto, el tono y un volumen adecuado ya que éste puede mantener la atención de su interlocutor. El uso de las pausas, es muy provechoso tanto para el orador como para el oyente (se puede pensar más).

Finalmente, las imágenes visuales. Pueden ser muy poderosas, y se deben usar con la precaución adecuada. El principal peligro reside en enseñar demasiado material visual. Es muy fácil cometer el error de preparar imágenes, una tabla, o un gráfico, con demasiado cuidado para luego encontrar que simplemente perjudican el desarrollo de las negociaciones. El cerebro humano solo puede absorber una cantidad limitada de información; se vuelve confuso cuando se le presenta un cuadro complicado. Si esto pasa, estaremos perjudicando el desarrollo de la negociación.

Las habilidades que se necesitan para ser negociador

Entre las principales habilidades para ser negociador se encuentran:

- * Saber escuchar, ya que de esta forma estará preparando el terreno para una respuesta

inmediata y certera; saber escuchar es tener la suficiente habilidad para analizar el contenido de la información y ser oportuno en la contestación.

- * Seguridad en lo que se dice y el cómo se dice, con posturas y tono de voz.
- * Identificación de las emociones y un amplio control de las mismas, tanto propias como del cliente.
- * Habilidad de convencimiento, empezando consigo mismo.
- * Tener autoestima alta.

Saber escuchar es tener la suficiente habilidad para analizar el contenido de la información y ser oportuno en la contestación.

Por otra parte, se identifican cuatro criterios de selección, con base en los siguientes factores:

- a) Conocimientos técnicos: del producto y del mercado, de temas técnicos o financieros, que encontrará durante la negociación.
- b) Característica personales: un abanico de temas de carácter. Por ejemplo, las siguientes características son las que desearía que tuviera un negociador par que sea efectivo:
 - Altas aspiraciones. * Buena presentación * Creatividad
 - Buen realizador * Buen oyente * Determinación
 - Mente disciplinada * Alta tolerancia ante la frustración * Autoconfianza
 - Desapasionado * Que disfrute negociando
- c) Motivación: el negociador opera de manera independiente y, por tanto, necesita tener autoconfianza y autoestima para no depender de las personas con autoridad. También necesita estar motivado, con un carácter moderadamente interesado en el logro, en la afiliación y en el poder.
- d) Límites efectivos de edad para los negociadores. Un joven negociador no tendrá los mismos resultados que un negociador con mayor edad, (experiencia en el mismo puesto, la edad no es sinónimo de experiencia.)

Técnicas de comunicación no verbal

Se considera el contacto visual como el más importante de las técnicas no verbales, ya que es reconocido intuitivamente por la gente como deseable para que las relaciones sean fluidas. Algunos estudios realizados han demostrado que esta necesidad puede ser definida muy claramente, tanto en términos de frecuencia del contacto como en la duración del mismo. Para el negociador puede ser una media de seis a ocho contactos visuales por minuto, cada uno de 3/5 de segundo. Contactos muy frecuentes, tanto en número como en la duración de cada uno, pueden ser embarazosos para ambas partes. Los contactos demasiado poco frecuentes reducen la influencia del negociador y la efectividad de la comunicación entre ambas partes.

Aunque quizás no haya una interpretación unánime de esos movimientos, el lenguaje corporal enriquece, y a menudo complica, la comunicación verbal. Una postura o movimiento del cuerpo no tiene un significado intrínseco de carácter preciso o universal, pero cuando está vinculado al lenguaje hablado, confiere un significado más completo

el mensaje del emisor. Es importante que el receptor esté alerta ante esos aspectos no verbales de la comunicación. Conviene que busque las señales no verbales mientras oye el significado literal de las palabras del interlocutor. Ha de estar atento sobre todo de las contradicciones.

Una postura de alerta tiene una determinada influencia en la otra parte y en el paso de la negociación, por lo tanto una postura relajada, con el cuerpo caído, y un brazo colgando descuidadamente sobre el respaldo de la silla, tiene una influencia muy distinta.

Los gestos, particularmente el uso de las manos, tiene la fuerza adicional que da la expresión corporal: pueden reforzar un mensaje verbal, ayudan a retener la concentración del otro, y añaden entusiasmo y energía a los procedimientos o, usados en exceso, pueden resultar distraerentes.

Las expresiones faciales pueden transmitir satisfacción, amistad, felicidad, sorpresa, miedo, sufrimiento, enfado o disgusto. En algunas ocasiones el negociador debe mantener una actitud fría, sin reflejar ninguna emoción. Además de que su expresión debe reflejar un mensaje positivo, de cordialidad, cooperación, vitalidad y satisfacción.

La forma en que se expresa nuestro cliente nos permite saber cómo le vamos a contestar y por lo tanto nuestra creatividad se despierta. Nos hace pensar un poco más rápido de lo que podemos hablar.

Por otra parte, es recomendable aplicar los principios asertivos ya que es nuestra responsabilidad decir las cosas de forma tal que no violentemos los derechos de los demás. Siempre existe una manera apropiada de expresión de los mensajes, cualesquiera que éstos sean. Ejercitarnos en la aplicación adecuada y darnos tiempo para la comunicación fructífera. Le recomiendo que se prepare siempre que se enfrente a cualquier negociación. Escriba frases aproximadas a las que desea transmitir, estructure sus ideas y acomódelas en mensajes respetuosos aunque tal vez necesariamente firmes. Ensaye ante el espejo o pida a un amigo que le apoye como modelo o supervisor de su práctica. Esto le ayudará a ganar autoconfianza y, sin duda, le hará mejorar su habilidad de negociador.

La creatividad como herramienta para negociar

Si un mecánico arregla siempre los coches de una determinada marca cambiando las piezas usadas por piezas nuevas, y lo hace de la misma manera en todas las ocasiones, su comportamiento puede ser eficaz, pero no se puede decir que es inteligente. En este caso, la simple eficacia de un comportamiento que no varía se ajusta mejor a una descripción en términos de destreza, hábito o rutina. Esto quiere decir que un comportamiento que no es inteligente no debe tildarse necesariamente de "tonto". Puede no ser inteligente, pero sí ser eficaz. Se aplica el término inteligente a un comportamiento cuando éste, además de ser eficaz, es variado en la forma en que logra sus efectos o resultados. En el caso que se ha mencionado del mecánico de automóviles, se diría que es inteligente si arregla un modelo de coche que desconoce y tiene que reconocer el funcionamiento del motor, identificar la naturaleza del desperfecto y tener que adaptar

Conviene que busque las señales no verbales mientras oye el significado literal de las palabras del interlocutor.

Se aplica el término inteligente a un comportamiento cuando éste, además de ser eficaz, es variado en la forma en que logra sus efectos o resultados.

o diseñar una pieza par lograr que el automóvil funcione correctamente. Ser inteligente es comportarse de manera eficaz y variada en una situación determinada. Cuando éste, además de ser eficaz, es variado en la forma en que logra sus efectos o resultados. En el caso mencionado del mecánico de automóviles, se puede decir que es inteligente si arregla un modelo de coche que desconoce y tiene que reconocer el funcionamiento del motor, identificar la naturaleza del desperfecto y tiene que adaptar o diseñar una pieza para lograr que el automóvil funcione correctamente. Por lo tanto, la creatividad permite al individuo comprender su realidad, y no necesariamente por su inteligencia ya que la forma de adaptarse y solucionar un problema determina su eficacia.

Análisis de problemas durante el proceso de negociación

Para poder llegar a una solución de los problemas en la negociación, el análisis en el momento mismo se tienen que contemplar el siguiente diseño del itinerario o ruta que habremos de seguir para poder lograrlo.

Para el análisis se deben delimitar los siguientes aspectos:

Las áreas o elementos a negociar.

- Los recursos de los que disponemos.
- Los argumentos más sugestivos.
- Las frases clave.
- Las tácticas más importantes.
- La posible duración del encuentro.
- El lugar y escenario que deseamos o que nos corresponde.
- Posibles soluciones y la forma de administrarlas.
- La posible conducta de la otra parte (intenciones, intereses, tácticas y manipulaciones probables).

Por otra parte se requiere del ensayo mental de la negociación del conflicto, éste representa la mejor preparación y la mejor garantía de éxito.

Cuando iniciamos una negociación, necesitamos recordar, que nuestra lógica no es necesariamente la misma que emplea el cliente, el cliente tiene un marco de referencia perceptiva especial que es único para sus necesidades específicas en una situación determinada. Si se pierde de vista la lógica del cliente, la organización llega a ser introvertida.

El talento para entender las necesidades y deseos del cliente, para determinar la naturaleza del paquete de servicios y para revisar la actual estrategia, se puede resumir en una simple frase: “siempre estar aprendiendo” El mejor estilo de negociación es el que está cuestionando, poniendo a prueba, refinando y mejorando.

El mejor estilo de negociación es el que está cuestionando, poniendo a prueba, refinando y mejorando.

Elementos efectivos para el negociador

1. **Evitar ser reactivo:** no discutir, criticar de entrada, juzgar las respuestas del interlocutor.
2. **Conectar con el otro:** evitar ver exclusivamente a través del propio punto de vista.
3. **Averiguar los hechos:** adoptando una actitud interrogante.
4. **Ser metódico:** avanzar en la consulta de acuerdo a un plan preparado.
5. **Tener una provisión de preguntas:** utilizar los cinco tipos de preguntas en forma alternada y variada.
6. **Hacer una pregunta cada vez:** evitar las ráfagas de preguntas que perturben al interlocutor.
7. **Evitar que se ahogue la pregunta con una respuesta:** ¿por qué no lo hace? ¿por qué no le gusta?
8. **Regular y capitalizar:** reformulando de vez en cuando (considero que, por lo tanto). El arte de saber preguntar y escuchar facilita la negociación, preguntas cerradas, abiertas, incisivas, de espejo y sugestivas.

Saber formular las preguntas

PREGUNTAS	EJEMPLOS	EFECTOS
CERRADAS	<p>Alternativa ¿Qué...? ¿Tiene usted...? ¿es usted...?</p> <p>Elección múltiple ¿Paga usted al contado, a crédito, o con tarjeta? ¿Nos llamamos el jueves, el viernes o la próxima semana?</p> <p>Informativa ¿Quién es el encargado de ...? ¿Cuándo compró...? ¿Dónde instaló...?</p>	<p>Son precisas, útiles.</p> <p>Sirven para obtener información o verificar algo.</p>
ABIERTAS	<p>¿Por qué? ¿Por qué razones? ¿Cómo? ¿En qué forma? ¿De qué manera? ¿Qué es? ¿Cuál? ¿Qué piensa de...? ¿De qué se trata? Hábleme de... Explíqueme, dígame... Lo escucho</p>	<p>Crean el diálogo. Incita a expresarse.</p>
INCISIVAS	<p>¿En qué? ¿En qué sentido? ¿Bajo qué concepto? ¿Por ejemplo? ¿En que terreno? ¿Es decir? ¿Ah bueno? ¿Ah sí? ¿De veras?</p>	<p>Sirven para profundizar y para dar nuevo impulso partiendo de una respuesta a preguntas abiertas o cerradas.</p>
ESPEJO	<p>Las condiciones de financiación no son las que yo esperaba ¿No son las que esperabas?</p>	<p>Sirven para entrar en la lógica del otro llevándolo a expresar su punto de vista.</p>
SUGESTIVAS	<p>Lo mejor sería que comenzáramos el 15 de este mes. ¿No encuentra que los plazos son un poco cortos? ¿No piensa que la competencia va a reaccionar muy rápidamente? ¿Nadie quiere agregar?</p>	<p>Apuntan a influir la confiabilidad de las respuestas no está asegurada.</p>

Iniciar con el rapport con el cliente

El término significa “concordancia”, “simpatía”; es una etapa de la entrevista que tiene como propósito disminuir las tensiones del cliente, en sentido estricto el rapport debe reinar durante toda ésta, un trato cordial ayuda a establecerlo, preguntas que no pongan en tensión al cliente, interés en escucharle y, por lo contrario, lo dificulta el sarcasmo, la ironía, las interrupciones, etc. En la entrevista de empleo, puede ayudar a establecer el rapport el hecho de que el entrevistador explique antes las características de la organización, sus prestaciones, el horario, etc. El propósito del rapport, en otras palabras, es “romper el hielo”. Frecuentemente este acercamiento inicial no se realiza en el terreno verbal, sino más bien a través de actitudes: mostrándose cordial y amistoso, en virtud de que el candidato habitualmente es una persona a la que no se conoce. Tal vez el escritorio es una barrera; es mejor emplear sillones de sala y confortables.

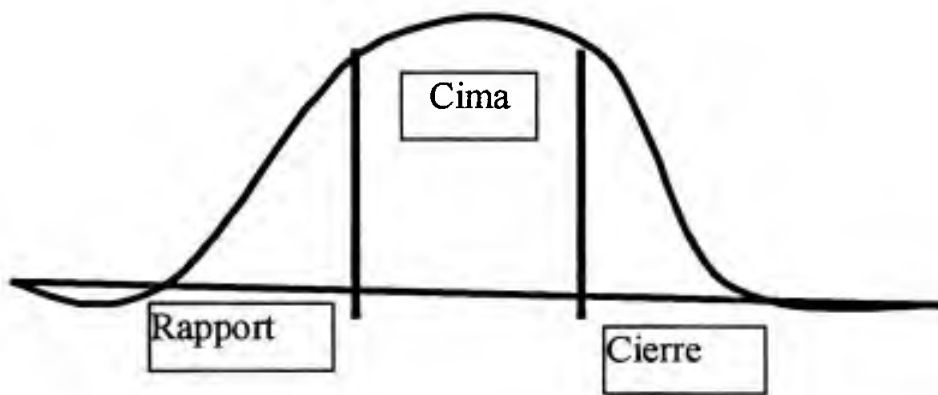


Figura 4

Manejo del territorio y balance de mesa

La forma en que los negociadores se sientan, frente a frente, a la defensiva o con hostilidad, o con actitud de colaboración alrededor de una mesa redonda puede afectar el tono e incluso el resultado de una sesión negociadora. Para minar a la oposición, intente que su líder se siente en la cabecera para que parezca que domina la reunión, y para suavizar cualquier actitud de dureza que dificulte la negociación, la disposición de los asientos debe ser lo más informal posible, preferentemente alrededor de una mesa redonda.

Influye la disposición de los asientos, por lo que la elección de éstos dependerá de la dinámica de su equipo: si se quiere presentar un frente unido, es mejor sentarse juntos; si se prefiere dividir a sus contrarios siéntese entre ellos; y si se quiere tomar el control, siéntese en la cabecera.

Si le han asignado los asientos, intente descubrir si la disposición responde a un plan. La disposición puede sugerir qué se espera con respecto al encuentro: informal, duro o que sus anfitriones quieren dominar desde el principio.

La disposición puede sugerir qué se espera con respecto al encuentro: informal, duro o que sus anfitriones quieren dominar desde el principio.

Los lugares para los asistentes a una reunión deben ser lo más cómodas posibles. Como alternativa a una disposición tradicional o informal de los asientos alrededor de una mesa, haga más difícil que le equipo contrario presente una oposición unida sentándolo entre los miembros de su propio equipo. Dentro de lo posible, sienta al miembro más locuaz o agresivo del equipo visitante junto al líder de su propio equipo. Sin tener en cuenta los lugares que ocupen, el contacto visual es muy importante. Ayuda a los negociadores a interpretar el estado de ánimo de los oponentes y permite que los líderes perciban la reacción de su equipo. No ver la reacción de los demás desorienta; aproveche este factor al sentar a sus contrarios.

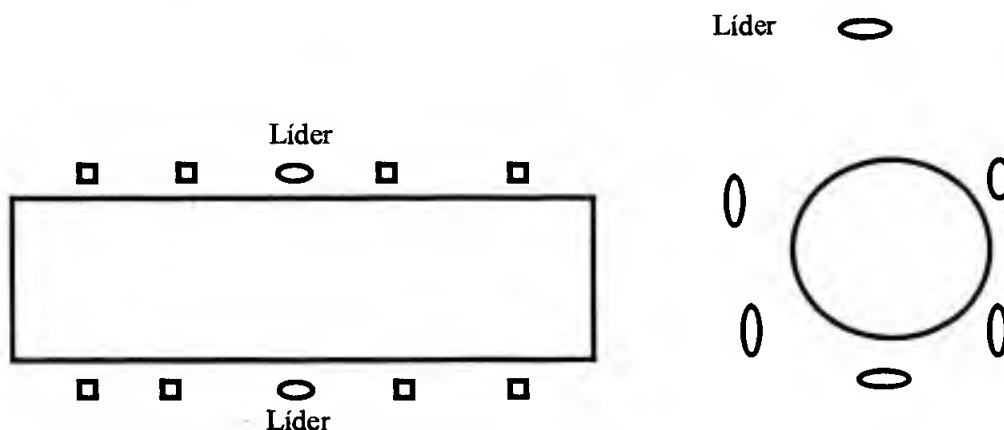


Figura 5

Por otro lado, la rentabilidad y el costo – beneficio de la negociación la consideramos de la siguiente forma y con la siguiente fórmula.

La relación costo – beneficio que implica la buena o mala negociación, se puede explicar con la siguiente fórmula, (del proceso de calidad). La calidad tiene su precio, la no-calidad, su costo. El precio del incumplimiento (PDI) es lo que cuesta hacer las cosas mal. El precio de cumplimiento (PDC) es lo que cuesta asegurar que las cosas se hagan bien desde la primera vez. Estos dos cálculos forman el costo de la calidad (CDC). Esta relación se representa con la fórmula:

La calidad tiene su precio, la no-calidad, su costo.

$$CDC = PDC + PDI$$

Todos los procesos que realizamos se componen de:

Resultados. Productos o servicios que se proporcionan a otros.

Insumos. Productos o servicios que otros nos proporcionan. Un proceso convierte los insumos en resultados. El resultado se proporciona a alguien; ese "alguien" es el cliente. Un insumo a un proceso, viene de alguien y ese "alguien" es el proveedor. El consumidor la parte más importante. Si la calidad se entiende con relación a la satisfacción del consumidor, ello implica que éste es la parte más importante, nuestros productos y servicios deben de estar en función de él, y en búsqueda de la mejor manera

de satisfacerle debemos estar siempre en comunicación con él, investigar sus necesidades, aprender de él.

Tácticas y estrategias de la negociación

Negociar es la condición normal de la vida humana. El término de una negociación nunca es garantía de que ella será la última, ni siquiera la última con aquella persona determinada. Nadie puede decir. “de esta agua no volveré a beber”. Las puertas deben quedar abiertas; y si en el balance final no hay amistad, por lo menos debe haber cortesía y respeto mutuo.

Si en el balance final no hay amistad, por lo menos debe haber cortesía y respeto mutuo.

A continuación se presentan varias tablas en las que se identifican formas efectivas para negociar.

TÁCTICAS	CÓMO USARLAS
<p>Financieras</p> <p>Imponer penalizaciones económicas a una parte o a ambas si no se alcanza un acuerdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a las otras partes que se incurrirá en gastos, si, por ejemplo, las mercancías permanecieran en un almacén hasta poder resolver la disputa acerca de quién es el propietario. • Indicar a los oponentes que si las negociaciones se prolongaran, perderán dinero.
<p>Legales</p> <p>Emplear mandamientos judiciales o sanciones para evitar que una parte tome medidas o retrase la negociación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si su argumento es sólido, amenazar con poner el tema en manos de sus abogados y destacar los costos, tanto en tiempo como en dinero, para la otra parte si perdiera. • Para llegar a un acuerdo, provocar disputas legales para retrasar la producción y, por consiguiente, pérdidas económicas.
<p>Sociales</p> <p>Desaprobar unas medidas propuestas por motivos morales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decir a sus oponentes que sus propuestas son un insulto para las personas a las que puedan afectar. • Demostrar hasta qué punto son injustas las propuestas, comparadas con el trato que reciben otros en circunstancias similares.
<p>Humillación</p> <p>Humillar a una parte o a un individuo delante de sus iguales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Humillar a la otra parte para dañar su imagen o reputación. A largo plazo, puede afectar su credibilidad, pero es poco probable que afecte los negocios de la otra parte de manera drástica. Pero tenga en cuenta que, en el futuro, pueden intentar vengarse por la humillación.
<p>Emocional</p> <p>Culpar a los oponentes si no hicieron ninguna concesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si considera que el oponente no está cediendo suficiente terreno, chantajéelo emocionalmente. Tenga en cuenta que la eficacia de esta táctica es desigual. Algunas veces, las personas que sienten que han sido emocionalmente manipuladas pueden ser aún más reacias a hacer concesiones.

Tabla 6

Señales de aceptación.

MÉTODOS A OBSERVAR DE LAS SEÑALES	ALCANCES
<p>REMARQUE LAS VENTAJAS Céntrese en explicar a la otra parte las ventajas del trato propuesto, pero evite mencionar las ventajas que supone para usted.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a la otra parte a ver ventajas en un acuerdo que podrían no haber considerado antes. • Genera la sensación de que la situación es de ganador/ganador, en lugar de ganador/perdedor.
<p>ESTIMULE Y APLAUDA Aunque tarde en aparecer, agradezca cualquier propuesta constructiva formulada por la otra parte. Si no la quiere aceptar, siempre podrá rechazarla más adelante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genera un tono positivo para cerrar una negociación. • Permite evitar las críticas acerca de sus propias contrapropuestas. • Evita suscitar el antagonismo de la otra parte en un momento crítico del debate.
<p>EVITE UNA SITUACIÓN DE GANADOR/PERDEDOR Indique que desea un resultado aceptable para ambas partes. No los obligue a aceptar algo que, más adelante, la otra parte podría considerar que le fue impuesto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evita el enfrentamiento, cuyo resultado probable es la hostilidad y llegar a un punto muerto. • Fomenta una atmósfera relajada en la que puede tener lugar una discusión constructiva. • Permite presentar contrapropuestas.
<p>SALVE LAS APARIENCIAS Ofrezca a la otra parte una manera de salvar su postura planteando preguntas o propuestas hipotéticas, como: ¿Qué le parece si...? O ¿Qué pasaría si...?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la posibilidad de que sus propuestas reciban una consideración adecuada. • Significa que la otra parte se siente menos presionada a aceptar o rechazar sus propuestas, y que podría tomar una decisión más rápidamente.

Tabla 7

Cerrando la negociación

MÉTODO	ACTITUDES
<p>HACER CONCESIONES ACEPTABLES PARA TODOS</p> <p>Proponer y aceptar concesiones que ayuden a cerrar el trato sin poner en peligro su posición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta prolongación del regateo puede salvar un punto muerto. • Puede que la otra parte se sienta tentada de conseguir aún más concesiones. • Hacer concesiones al final de la negociación podría minar su credibilidad.
<p>ACEPTAR POSICIONES</p> <p>Llegar a un punto medio de encuentro entre las dos posturas negociadoras que permita llegar a un acuerdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Podría ser difícil juzgar cuál sería el punto medio de encuentro. • Esto indica que aún está dispuesto a hacer concesiones. • Ninguna de las partes sentirá que han ganado o perdido al final de la negociación.
<p>OFRECER DOS POSIBILIDADES ACEPTABLES A UNA PARTE</p> <p>Alentar a la otra parte a que avance ofreciendo dos opciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esto sugiere que su oferta final no lo era en realidad. • Encontrar dos opciones igualmente aceptables para usted podría ser difícil. • No es seguro que la otra parte acepte alguna de las dos propuestas.
<p>PRESENTAR ALICIENTES O SANCIONES NUEVAS</p> <p>Presionar a la otra parte presentando alicientes o sanciones nuevas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede que una amenaza de sanciones haga sentir a la otra parte que usted está siendo hostil. • Presentar nuevos alicientes puede modificar completamente el equilibrio de una negociación. • Puede proporcionar el impulso necesario para que la otra parte llegue a un acuerdo.
<p>PRESENTAR IDEAS O DATOS NUEVOS AL FINAL</p> <p>Presentar ideas nuevas ante la mesa de negociación proporcionará un aliciente para iniciar una nueva discusión y podría provocar un acuerdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esto da un margen a la otra parte para considerar nuevas concesiones que podrían exigir. • Podría minar su credibilidad: debería haber presentado las nuevas ideas antes. • Podría minar la base de la negociación y volver al punto de partida.
<p>SUGERIR UNA SUSPENSIÓN EN UN PUNTO MUERTO</p> <p>Una suspensión permite que cada parte disponga de tiempo para considerar qué pasaría si no hubiera acuerdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrece una oportunidad a ambas partes para consultar con asesores externos. • Durante la suspensión, las circunstancias pueden modificar la posición de las partes. • Podría ser difícil volver a convocar una reunión ulterior.

Una suspensión permite que cada parte disponga de tiempo para considerar qué pasaría si no hubiera acuerdo.

El peor negocio para cualquier empresa pública o privada, es dedicar sus esfuerzos promocionales a captar nuevos clientes y perder los que ya se tienen, debido a una falta de negociación oportuna, entre otras. Algunas empresas consideran necesario invertir en un servicio de valor agregado, esto les permite mantener cautivo a sus clientes.

Bibliografía

SCOTT, Bill. (1991) *Cómo negociar con ventaja*. Editorial Paraninfo, S.A., México.

MADDUX, Robert B (1995). *Cómo negociar con éxito*. Grupo editorial Iberoamérica. México.

HINDLE, Tim. (1998). *La negociación eficaz*. Editorial Grijalbo., México.

PEARSON, Barrie (1993). *Estrategia de negocios con sentido común*. Ediciones Macchi.

AGUILAR KUBLI, (1997. Eduardo. *Asertividad*. Editorial Pax – México.

Tema 5. Toma de decisiones y equipo de trabajo

Por José Miguel Hernández Barajas

Resumen

Sabemos que la toma de decisiones se inicia al amanecer y termina al anochecer, desde la elección de una u otra opción, significa para nosotros un beneficio, conflicto, estrés o tal vez algo que nos permitirá organizar nuestra vida de mejor forma, vivir mejor, tanto para uno como para los demás.

Por mi experiencia sabemos que una decisión correcta o incorrecta representa el impacto económico en ganancias o pérdidas, o tal vez en asuntos más graves, la vida o la muerte.

De esta forma, todo directivo debe tomar decisiones en forma consciente, continuo y sistemáticamente, por esa razón, es indispensable que debe estar bien informado y aceptar los riesgos, a mayor información la incertidumbre se reduce, y los riesgos de igual forma. Sucede lo opuesto con la menor información.

Tema 5. Toma de decisiones

Por José Miguel Hernández Barajas

"Cuando en la toma de decisiones el costo supera al beneficio el sentido común ordena no hacerlo."

Modelo Vroom Yetton

Integrantes de la Escuela Australiana de Dirección para Graduados, Vroom y Yetton, retoman la interrogante acerca del mejor estilo de liderazgo, en la toma de decisiones, señalando que ya desde los primeros estudios de Mayo dentro de la corriente conductista se había demostrado que la participación de los subordinados tenía enormes ventajas sobre un sistema de organización y decisión autocráticos.

1. Elevaba la satisfacción en el trabajo de los subordinados.
2. Mejoraba el compromiso del subordinado con el líder.
3. Permitía el crecimiento y la madurez de los subordinados.
4. Proporcionaba mayor información al líder respecto a las decisiones a tomar.

A pesar de las evidencias a favor de la participación de los subordinados en la toma de decisiones, era evidente que no siempre se podía hacer participar a los mismos y en ocasiones era francamente peligroso hacerlo.

Cada problema o decisión presenta una peculiar combinación de características que deben influir en la elección que el líder haga sobre el estilo de liderazgo por aplicar al mismo. Así se puede haber de diferentes estilos de liderazgo, o más bien, de distintos grados de participación en las decisiones.

Cada problema o decisión presenta una peculiar combinación de características que deben influir en la elección que el líder haga sobre el estilo de liderazgo por aplicar.

Tipos de decisión par problemas grupales

- A1 El líder resuelve el problema o toma la decisión con la información con que dispone.
- A11 El líder obtiene de sus seguidores la información necesaria y luego resuelve él solo cuál es la mejor decisión. Puede contarles o no a sus seguidores la razón de pedirles información. Los subordinados por su parte, no participan en la definición del problema ni en la elaboración de propuestas de solución.
- C1 El líder comparte el problema de forma individual con sus subordinados, obteniendo ideas y sugerencias de ellos, pero sin reunirlos en grupo. Luego él solo toma la decisión.

- C11 El gerente comparte el problema con sus subordinados en una reunión de grupo. Ahí obtiene ideas y sugerencias. Luego el toma la decisión que puede reflejar o no la opinión de los subordinados.
- G11 El líder comparte su problema con el grupo, juntos crean y evalúan opciones y tratan de alcanzar acuerdos. El líder asume un papel de coordinador y facilitador de ideas, pero no presiona a sus seguidores para que adopten una decisión en específico, y en todo caso está dispuesto a aceptar y llevar a cabo la decisión del equipo.

Este tipo de decisiones se refieren a problemas que debe afrontar el líder, cuando éstos se refieren o afectan al conjunto de la organización. Pero pueden presentarse también casos en los cuales el líder debe adoptar decisiones que se refieran específicamente a la actividad de personas que no son parte del grupo, lo que también puede tener repercusiones a nivel grupal. A las decisiones relacionadas con este último tipo, Vroom las llama “problemas individuales” y para estos casos, elabora una simbología específica con diferentes tipos de decisión:

Tipos de decisión para problemas individuales

- A1 El líder toma la decisión de acuerdo con la información con que dispone.
- A11 El líder obtiene del subordinado la información que necesita y luego decide él mismo la solución. Puede informar o no al subordinado sobre la razón de sus preguntas. El subordinado no interviene en la definición del problema ni en su solución.
- C11 El líder comparte el problema con el subordinado y obtiene sus ideas y sugerencias. El toma la decisión finalmente.
- G1 El líder comparte el problema con el subordinado y junto con él llegan a una solución satisfactoria en un ambiente de libertad y confianza.
- D1 El líder comparte el problema con sus subordinados, intercambian información y pareceres y se le da al subordinado la total responsabilidad para la solución al problema. Cualquier decisión que adopte el seguidor es apoyada por el líder.

Frente a estos posibles estilos de decisión, el líder debe optar por uno de ellos ante problemas específicos, tomando en cuenta los siete factores siguientes:

- a) Importancia de la calidad de decisión: una decisión es de gran calidad si es consecuente con los objetivos que la organización pretende alcanzar y con la información disponible.
- b) Información del líder respecto al problema: se refiere a la cantidad de datos técnicos relevantes sobre las consecuencias de las alternativas a tomar.
- c) Grado de estructuración del problema: en un problema estructurado quien toma

la decisión conoce: 1) el estado actual del problema; 2) su estado deseado; y 3) los mecanismos que le permitan pasar de aquel a éste. También son conocidas las opciones a seguir.

- d) Importancia de la aceptación de la decisión por los subordinados para una puesta en práctica efectiva.
- e) Probabilidades de que la decisión del líder sea aceptada por sus seguidores: las probabilidades de que se acepte una decisión dependen del grado de poder que maneje el líder. El poder puede ser 1) poder legítimo (con base en un puesto jerárquico); 2) poder de la pericia (habilidad del líder para resolver problemas), o bien, 3) poder carismático (influencia de la personalidad).
- f) Congruencia entre los objetivos de la organización y los objetivos de los subordinados: desde el punto de vista sociológico, en cualquier organización, los individuos persiguen objetivos personales, es obligación del líder enlazar éstos con un objetivo colectivo, y en este caso evaluar el grado de entrelazamiento.
- g) Conflicto o desacuerdo entre subordinados: evaluar qué tantas posibilidades existen de generar conflictos entre los subordinados (no del líder con sus subordinados) a partir de una decisión.

Tomando en cuenta estos siete factores con las seis formas básicas de toma de decisiones, se puede seguir el árbol de decisiones que elabora Vroom, el cual, dependiendo de la forma en como se vayan contestando a las siete preguntas básicas, permite llegar a las decisiones factibles para ejercer un liderazgo eficaz.

El árbol de decisiones que elabora Vroom permite llegar a las decisiones factibles para ejercer un liderazgo eficaz.

A este respecto solo se deben recordar las siguientes reglas:

- Regla 1. Si la calidad de la decisión es importante y el líder no posee información suficiente, se elimina A1.
- Regla 2. Si la calidad de la decisión es importante y es probable que los subordinados no sigan los mismos objetivos que la organización, eliminamos G11.
- Regla 3. Si la calidad de decisión es importante, se carece de información necesaria y el problema no está estructurado se eliminan A1, A11 y C1.
- Regla 4. Si es importante que los subordinados acepten la decisión y no hay seguridad de que acaten una decisión autocrática, eliminamos A1 y A11.
- Regla 5. Si es importante la aceptación de la decisión, no se está seguro de que se acate una decisión autocrática y es probable que surjan problemas entre los subordinados, eliminamos A1, A11, y C1.
- Regla 6. Si la calidad de la decisión no es importante, pero si la aceptación de la misma, eliminamos A1, A11, C1 y C11
- Regla 7. Si la aceptación es importante, no hay seguridad de lograrla si se toma una decisión autocrática y los subordinados comparten objetivos con la organización, eliminamos A1, A11, C1 y C11.

Adaptación de los proceso de decisión realizada por Kepner - Tregoe

	A1	A11	CI	C11	G11
¿Quién interviene?	El líder	El líder y otros de forma individual	El líder y otros de forma individual	El líder y otros en grupo	El líder y otros en grupo
Tipo de intervención	Decisión sin ayuda	Los individuos responder a preguntas específicas	Los individuos proporcionan datos, recomendaciones, uno a uno	El grupo comparte datos y análisis	El grupo comparte datos, análisis y alcanza consenso
¿Quién toma la decisión?	El líder	El líder	El líder	El líder	El grupo

Tabla 9

A continuación se presenta un ejemplo en la toma de decisiones tanto grupal como individual.

- A ¿Existe un requisito de calidad en el problema?
- B ¿Se encuentra con suficiente información para tomar una decisión de gran calidad?
- C ¿Está estructurado el problema?
- D ¿Es importante la aceptación por parte de los subordinados para una eficaz puesta en práctica de la decisión?
- E Si fuera exclusivamente suya la decisión ¿está usted razonablemente seguro de que la aceptarán los subordinados?
- F ¿Comparten los subordinados los objetivos empresariales que se pretenden alcanzar mediante la solución de este problema?
- G ¿Cabe la posibilidad de que se produzca un conflicto entre los subordinados respecto a las soluciones preferidas?

**Árbol de decisión aplicable a problemas de grupo. Conjunto factible
(Vroom, Yetton y Jago, 1976)**

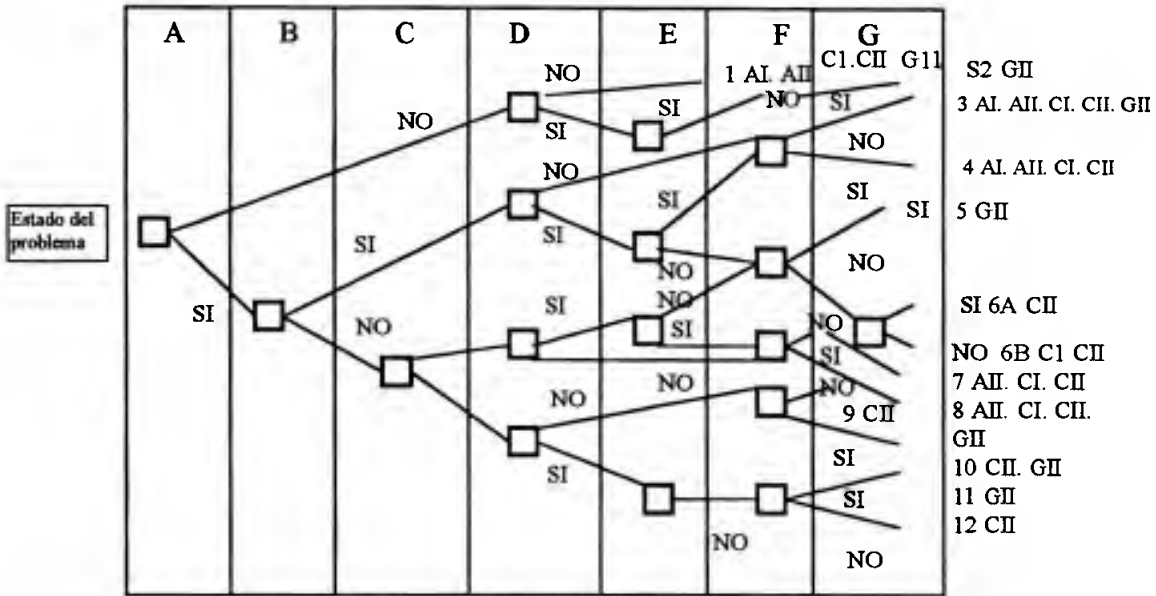


Figura 6

- A ¿Existe un requisito de calidad en el problema?
- B ¿Posee suficiente información para tomar una decisión de gran calidad?
- C ¿Está estructurado el problema?
- D ¿Es importante la aceptación por parte del subordinado para lograr una eficaz puesta en práctica de la decisión?
- E Si la decisión fuera exclusivamente suya ¿está razonablemente seguro de que la aceptará el subordinado?
- F ¿Comparte el subordinado los objetivos empresariales que se pretende alcanzar por medio de la resolución de este problema?
- G ¿Posee el subordinado la información suficiente para tomar una decisión de gran calidad?

**Árbol de decisiones para problemas individuales. Conjunto factible
(Vroom, Yetton y Jago, 1976)**

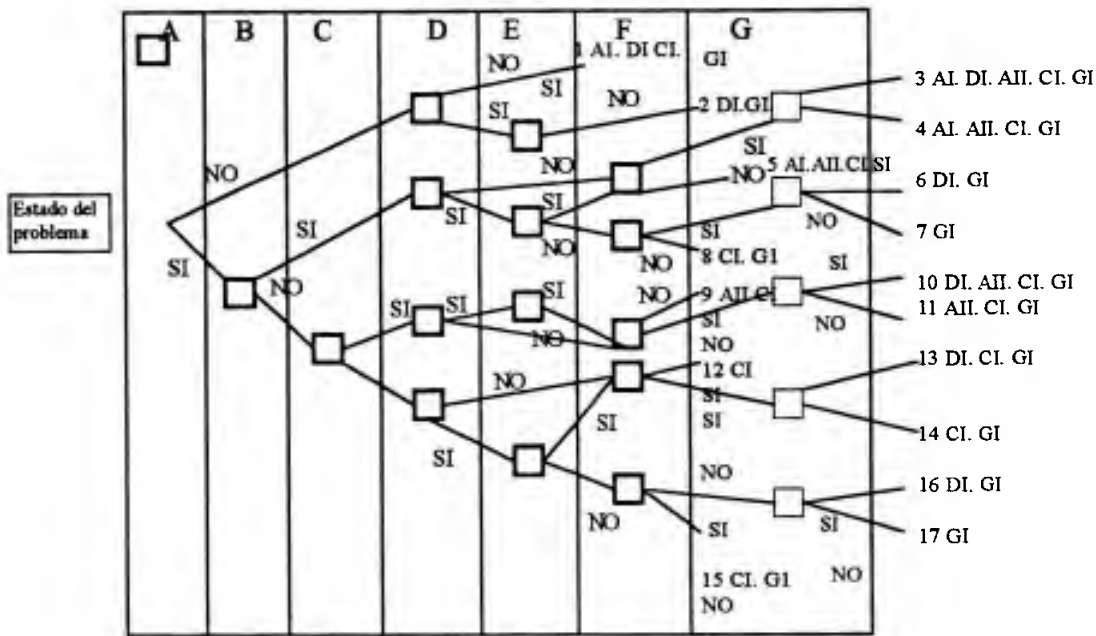


Figura 7

Definición y clasificación de grupos

Un grupo se define como dos o más individuos, que interactúan y que son interdependientes, cuya reunión obedece al deseo de alcanzar objetivos particulares. Los grupos pueden ser formales o informales. Formal significa aquí definido por la estructura de la organización con asignaciones que establecen tareas y grupos de trabajo. En los grupos formales, el comportamiento que ha de observarse queda estipulado por las metas de la organización y dependen de ellas. En cambio, los grupos informales son alianzas que carecen de estructura formal y que no han sido determinadas por la empresa.

Bajo las relaciones formales en cada organización existe un sistema más complejo de relaciones sociales consistentes en muchas organizaciones informales. Esto se refiere a la socialización de los empleados cuando existen muchos grupos informales diferentes nos referimos a ellos como la organización informal, que constituye una influencia poderosa para la productividad y la satisfacción en el empleo.

Los grupos pueden subclasificarse en grupos de mando, de tareas, de intereses o amistad. Los grupos de mando y de tareas dependen de la organización formal, mientras que los de intereses y amistad son alianzas informales.

Los grupos informales son alianzas que carecen de estructura formal y que no han sido determinadas por la empresa.

Los grupos pueden subclasificarse en grupos de mando, de tareas, de intereses o amistad.

1. *El grupo de mando* está determinado por el organigrama de la empresa. Se compone de los subordinados que reportan directamente a un gerente.
2. *Los grupos de trabajo*, también determinados por la organización, representan a personas que trabajan juntas para efectuar determinado trabajo. Sin embargo, no están limitados a su superior jerárquico inmediato.
3. Las personas que pertenecen o no a un grupo de mando o trabajo pueden afiliarse a fin de alcanzar cierto objetivo que desean. Surge así el *grupo de interés*.
4. A menudo surgen los grupos porque los miembros poseen una o más características comunes. A esos grupos los llamamos *grupos de amistad*.

Los grupos informales prestan un servicio de primer orden al satisfacer las necesidades sociales de sus miembros. Hemos de reconocer que esos tipos de interacción si bien informales, pueden llegar a afectar el comportamiento y el desempeño.

Etapas en el desarrollo de un grupo

El desarrollo de un grupo constituye un proceso dinámico. La generalidad de los grupos se encuentra en un estado constante de cambio. Pero el simple hecho de que los grupos rara vez alcanzan una estabilidad absoluta no significa que no haya un patrón general que describa cómo evolucionan. Se sabe que los grupos pasan por una secuencia estándar de cuatro etapas:

Se sabe que los grupos pasan por una secuencia estándar de cuatro etapas.

- 1a. etapa: **formación**. Se caracteriza por una incertidumbre ante la finalidad, estructura y liderazgo del grupo. Los miembros están sondeando el terreno para averiguar qué tipos de conductas son aceptables.
- 2a. etapa: **conflicto**. Los miembros aceptan la existencia del grupo pero se advierte resistencia al control que el grupo impone al individuo. Además, hay conflicto respecto a quién controlará el grupo. Cuando finaliza la segunda etapa, se advierte una jerarquía bastante clara en el liderazgo dentro del grupo.
- 3a. etapa: **organización**. Surgen relaciones estrechas y el grupo muestra cohesión.
- 4a. etapa: **realización**. La estructura es plenamente funcional y aceptada. La energía del grupo ya no se centra en conocer y entender a los demás, sino en la ejecución de tareas.

Definición de equipo de trabajo

Un equipo de trabajo es una entidad social altamente organizada y orientada hacia la consecución de una tarea común. Lo compone un número reducido de personas, que adoptan e intercambian roles y funciones con flexibilidad, de acuerdo con un

procedimiento, y que disponen de habilidades para manejar su proceso socioafectivo en un clima de respeto y confianza.

Formación de equipos de trabajo

La formación de equipos de trabajo se produce en la medida en que se facilitan tres fases determinantes para la integración de las personas; éstas son:

Fase de inclusión: en esta fase se da una mayor comunicación intrapersonal, por ejemplo, cuando una persona se presenta por primera vez en un grupo en el que no conoce a nadie es característico que su aislamiento lo lleve a preguntarse «¿qué hago aquí?» o pensar «mejor me hubiera...». La ansiedad que esta situación genera lleva al individuo a establecer los primeros contactos a nivel interpersonal.

Fase de control: en esta fase el individuo, para adquirir seguridad y aumentar sus contactos en los niveles interpersonal y grupal, disminuye la comunicación hacia sí mismo. Conforme al ejemplo anterior, la persona empieza a establecer relaciones y a aliarse con otros miembros del grupo para definir quién y cómo se ejerce el poder y qué tanta intervención tiene en lo que allí sucede.

Fase de aceptación: en esta fase se logra una relación de mayor confianza entre las personas, lo cual permite la expresión de sus ideas y sentimientos en el nivel grupal. La persona interactúa con los demás en forma más abierta; esto resulta en un mayor aprovechamiento de los recursos del grupo y en una mejor calidad de satisfacción de las necesidades de cada uno de los miembros.

El nivel de madurez del grupo y el o los estilos de dirección del líder son dos de los elementos del proceso socioafectivo en el grupo. Sin embargo, existen otros que también juegan un papel importante, éstos son:

- La dirección y la profundidad de la comunicación.
- Los patrones de motivación.
- Los supuestos acerca de la naturaleza humana.
- Modelos básicos de competencia y colaboración.

Características específicas de un equipo efectivo

1. **Liderazgo Participativo:** el administrador del equipo cuenta con las aptitudes y la intención de desarrollar un enfoque de equipo y dedica tiempo a actividades de fortalecimiento del mismo. La dirección del equipo se contempla como una función compartida, es decir, que se les brinda a otras personas, que no son el director del equipo, la oportunidad de ejercer cierto liderazgo cuando sus habilidades son requeridas por las necesidades del equipo.

La dirección del equipo se contempla como una función compartida.

2. **Claridad de misión y visión:** el equipo define el papel distintivo y productivo que juega dentro de la institución y hace aportaciones para la planeación, establece objetivos claros y compartidos, los cuales considera que valen la pena.
3. **Orientación hacia el logro de resultados:** fija metas de desempeño que sean un desafío para las capacidades del equipo, dedicando la energía principalmente al logro de resultados, revisando con frecuencia el desempeño del equipo para ver dónde es posible desarrollar mejoras en el trabajo.
4. **Procedimientos bien organizados:** se definen claramente las funciones, se desarrollan adecuadamente los patrones de comunicación y los procedimientos administrativos están diseñados para apoyar el enfoque del equipo.
5. **Métodos eficaces de trabajo:** el equipo desarrolla formas sistemáticas y efectivas para tomar decisiones y resolver juntos los problemas. Las reuniones son altamente productivas para los resultados buscados.
6. **Compromiso con el equipo:** los miembros del equipo tienen un sentido de compromiso personal con los fines y propósitos del equipo. Al trabajar fuera de los límites del equipo, los miembros experimentan un sentido de pertenencia al equipo y representación del mismo.
7. **Capacidad y desarrollo personal:** los miembros del equipo tienen la capacidad y aptitudes individuales para aportar la “mezcla” de características que proporcionan un equilibrio adecuado. Del mismo modo, se ocupan de adquirir el crecimiento personal que les permita ser capaces de manejar confrontaciones de manera productiva.
8. **Atmósfera, comunicación y crítica constructiva:** el equipo desarrolla un clima en el cual la gente se siente relajada, capaz de ser directa, abierta y preparada para correr riesgos. Este clima permite que se examinen los errores y las debilidades tanto del equipo como individuales, sin ataques personales, a fin de permitir que el grupo aprenda de su experiencia.
9. **Creatividad:** el equipo tiene la capacidad de crear nuevas ideas, valiéndose de las interacciones de sus miembros. Se recompensan algunos riesgos corridos y el equipo apoyará nuevas ideas provenientes de sus propios miembros de fuera. Se realiza un seguimiento de las nuevas ideas llevadas a la acción.
10. **Relaciones intergrupales positivas:** las relaciones con otros equipos se desarrollan de manera sistemática a fin de proporcionar un contacto personal abierto e identificar dónde es conveniente trabajar de manera conjunta a fin de lograr una mejor comprensión entre los grupos. Hay contacto constante y revisión de prioridades conjuntas o colectivas con otros equipos. Se estimula a las personas a entrar en contacto y trabajar con los miembros de otros grupos.

Aspectos comparativos entre grupo y equipo:

ASPECTO	GRUPO	EQUIPO
• Participación	• Es la energía.	• Es la energía.
• Tarea	• Es la principal o única preocupación.	• Es parte importante.
• Procesos socioafectivos	• Se desconoce o se niega.	• Se le dedica atención especial.
• Produce	• Bajos resultados.	• Altos resultados.

Cuadro 10

La autoridad en el equipo de trabajo

La autoridad en todo grupo social representa una función, es decir implica una de las actividades sustanciales en toda organización, de manera tal que debe de ser estudiada y conocida por toda persona que coordina y/o dirige a un equipo de trabajo. Existen tres tipos de autoridad (función), éstas son:

Existen tres tipos de autoridad.

1. Autoridad formal: ésta es la que corresponde dentro de la organización al puesto de que se trate, es decir la que se confiere por el solo hecho de ocupar un puesto, así un jefe de mantenimiento tiene poder para decidir qué materiales se deben de usar, cuándo se deben de efectuar los trabajos, si se otorga o no permiso a algún miembro del equipo para faltar o llegar tarde, etc.

2. Tecnológica: este tipo de autoridad se obtiene a través del conocimiento ya sea escolarizado o por la experiencia dentro de una rama del conocimiento, tal es el caso de las personas que después de haber estudiado una carrera o haber ejercido funciones de cierto tipo durante determinados años se convierten en “autoridades” en la materia.

3. Real: por último, la autoridad real que es la que otorga el grupo de personas que integran un equipo de trabajo, es decir, esta autoridad se genera como parte de los procesos socioafectivos dentro del equipo, es la que reconocen todos y cada uno de los miembros del equipo. Esta autoridad no se otorga por alguna instancia superior (autoridad formal), ni se adquiere por esfuerzo personal individual (estudio y conocimiento), sino que la proporciona el grupo y genera el líder.

Madurez del equipo

El término madurez con frecuencia se utiliza para designar y calificar las aptitudes de las personas. Vale la pena aclarar que en este caso la suma de la madurez individual

de las personas que conforman un grupo no es igual a la madurez del grupo, aunque sí juega un papel de consideración. Nos referimos a que un grupo puede estar formado por personas muy «maduras» y sin embargo ser, como grupo, un grupo inmaduro o poco maduro; del mismo modo un grupo de personas poco maduras puede llegar a ser un grupo maduro. Así la madurez del grupo depende más de los procesos que se den en el interior de éste; las formas y mecanismos de comunicación, la calidad de los estilos de liderazgo, la forma de abordar los conflictos, el estilo de solución de problemas, el ambiente de trabajo, etc. .

La suma de la madurez individual de las personas que conforman un grupo no es igual a la madurez del grupo, aunque sí juega un papel de consideración.

La tendencia de crecimiento que siguen los equipos de trabajo es:

- De un estado de pasividad a un estado de mayor actividad.
- De una situación de dependencia a una interdependencia.
- De la simplicidad natural a una variedad de intenciones en sus acciones.
- De tener intereses casuales a tener intereses profundos.
- De una perspectiva a corto plazo hacia una perspectiva de mucho mayor alcance en logros y tiempo.

Comparación con respecto a equipos

Entre los indicadores de madurez del grupo destacan los relativos a la tarea:

1. **Realización:** es la identificación, establecimiento y cumplimiento de metas por parte del grupo.
2. **Responsabilidad:** el compromiso de sentir como propio lo que sucede en la institución y la respuesta a ese compromiso por parte del grupo.
3. **Experiencia:** es la asimilación de conocimientos y habilidades puestos al servicio del grupo y su aprovechamiento.
4. **Actividad:** es la inversión de energía en trabajos significativos distribuidos entre todos los miembros del grupo de acuerdo a sus capacidades.
5. **Independencia:** es la actividad con que los miembros del grupo se relacionan con los límites que tiene el sistema y la capacidad de que disponen para negociar su ampliación en beneficio del propio sistema.

También existen indicadores relativos al proceso socioafectivo o de relación:

6. **Adaptabilidad:** es la capacidad del grupo para aceptar los cambios y las influencias del medio ambiente con flexibilidad en función del logro de sus objetivos.
7. **Interés:** es la participación de los miembros del grupo en una tarea significativa para ellos manifestada en varios comportamientos congruentes con la tarea.

8. **Perspectiva:** es la capacidad del grupo para analizar los distintos elementos que están en juego al realizar su tarea en función de los objetivos de la institución.
9. **Posición:** es la capacidad del grupo para permitir la manifestación de cada uno de sus miembros en la ejecución de la tarea, en función de sus recursos tecnológicos y su influencia personal, sin perjuicio de la jerarquía o la antigüedad.
10. **Conciencia:** es la capacidad del grupo para reflexionar sobre su propia realidad y sus implicaciones en el trabajo con el propósito de actualizarlo.

Bibliografía

- Blake, Robert R. y Mouton, Jane S.(1980). *El nuevo grid gerencial*. México, Edit. Diana.
- Davis, K., Newstrom, J. (1993). *Comportamiento humano en el trabajo*. Edit. Mc Graw Hill, México,
- García López, Jesús E. (1996). *Seminario El liderazgo y el arte de la dirección*. Expresión XXI A.C. México,
- Robins, S. (1987). *Comportamiento organizacional*. Ed. Prentice Hall.- México,
- Stephen, P. Robbins. (1987). *Comportamiento organizacional*. Edit. Prentice Hall Hispanoamericana. México,
- Strauss G. Sayles L. (1981). *Personal. Problemas humanos en la administración*. Edit. Edit. Prentice Hall Hispanoamericana. México,

NOTA. Para este módulo no debe enviar actividad de evaluación. Los conocimientos correspondientes se deben reflejar en el segundo avance del trabajo final.

Módulo 5. Calidad y mejora

continua en los servicios de salud

INTRODUCCIÓN

La base de una institución médica para tener un liderazgo en materia de salud y cumplir sus objetivos, es que todos los empleados de la institución, ya sea el Director, Subdirector, responsables del servicio, y en fin, hasta el empleado más modesto, estén convencidos y tomen acciones para que la buena calidad esté de la mano con un costo razonable. Esto proporciona, sin duda, un gran poder para conjugar procedimientos de trabajo médico-quirúrgicos o médico-clínicos en donde se armonice el recurso humano, el tecnológico y el financiero.

Uno de los caminos para buscar eficiencia y calidad en los servicios médicos es la implantación de procesos de calidad total, lo que constituye un elemento esencial para un mejor servicio utilizando para ello nuevas herramientas, conceptos y sobre todo, estrategias de trabajo en grupo y de coordinación de la atención médica.



OBJETIVO

- Aplicar los conceptos de calidad y mejora continua.

PALABRAS CLAVE

Aseguramiento de la calidad	Eficacia
Calidad	Equipos de salud
Calidad en el servicio de salud	Estrategias competitivas
Círculo Deming	Garantía de calidad
Control estadístico de la calidad	Impacto
Control total de la calidad	Mejoramiento continuo
Costo de la mala calidad	Proceso de evaluación de la
Desempeño	calidad

TEMAS

1. El movimiento hacia la calidad: de la inspección a la mejora continua.
2. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad.
3. Sistemas de costos de la mala calidad.

Autor de todos los temas: Jesús Ríos Martínez

Tema 1. El movimiento hacia la calidad: de la inspección a la mejora continua

Por Jesús Ríos Martínez

Resumen

Por si misma la palabra calidad significa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él. Esta definición, al introducir el concepto de valor, nos refiere si la acción que se ejecuta es correcta y en qué **escala** está bien. En las instituciones de salud este concepto debe ser precisado con prácticas tendientes a la recuperación del paciente en donde la palabra calidad se aplica a un conjunto de acciones, a diversas prácticas y en general a todo un grupo de trabajo que a través del tiempo logran acciones de éxito.

"La evolución determina quién sobrevive y quién queda afuera; tanto en la selva como en los negocios", escribió en 1989 Bruce D. Henderson del Boston Consulting Group. El concepto de calidad también ha sufrido modificaciones a través del tiempo, algunos autores han dividido la evolución de la calidad en generaciones, en donde cada generación se presentan cambios radicales en la manera de administrar la calidad. Así se plantea que la calidad pasó a ser, de una herramienta a una estrategia de negocios, para después convertirse en una rearquitectura y rediseño completo, adentro y hacia afuera de una empresa o institución.

En el proceso de mejora continua las instituciones de salud obtienen una serie de beneficios que se convierten en grandes ahorros, así podemos observar inicialmente una reducción de costos directos e indirectos por medio de la aplicación de las habilidades **desarrolladas** por el personal de la institución, del trabajo en equipo y de las sugerencias propuestas por los mismos colaboradores. Otra fase es el incremento de los servicios, reduciendo la brecha de lo que necesita el usuario para obtener y recuperar su salud en tiempo y con calidad de vida, servicios que aumentan satisfacción y con ello el reconocimiento y bienestar. El otro punto importante de la mejora continua hacia la calidad es la optimización del proceso productivo al reducir niveles de desperdicio, tiempos molestias y sobre todo eficiencia en los procesos médico-asistenciales y de apoyo a cada uno de los servicios que se prestan.

Tema 1. El movimiento hacia la calidad: de la inspección a la mejora continua

Por Jesús Ríos Martínez

Definición

La palabra calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permiten emitir un juicio de valor acerca de él. En este sentido, se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto.

Cuando se dice que algo tiene calidad, esta expresión designa entonces un juicio positivo con respecto a las características del objeto. El significado del vocablo calidad en este caso pasa a ser equivalente significado de los términos excelencia, perfección. El concepto de perfección durante la Edad Media era tal, que se consideraba como obra perfecta solo aquella que no tenía ningún defecto.

Se ha acostumbrado hablar de perfección en relación con las mejores expresiones culturales, como son las obras maestras de arte en cualquiera de sus manifestaciones: arquitectura, pintura, música, literatura, etc.; últimamente, sin embargo, los términos perfección y calidad se aplican cada vez con mayor frecuencia a los productos que son el resultado de la actividad de manufactura. Este concepto abarca ahora con mayor énfasis los servicios, entre ellos, las prestaciones médicas.

Calidad en la época artesanal

Los trabajos de manufactura en la época preindustrial, como eran prácticamente labores de artesanía, tenían mucho que ver con la obra de arte. El artesano ponía todo su empeño en hacer lo mejor posible cada una de sus obras cuidando incluso que la presentación del trabajo satisficiera los gustos estéticos de la época, dado que de la perfección de su obra dependía su prestigio artesanal. El juicio acerca de la calidad del producto tenía entonces como base la relación personal que se establecía entre el artesano y el usuario. Cuando alguien necesitaba de un producto, como podría ser una herramienta o un determinado vestido o traje, exponía sus necesidades al fabricante, quien lo elaboraba de acuerdo con los requerimientos establecidos por el cliente. Como eran trabajos "hechos a la medida", el productor sabía de inmediato si su trabajo había dejado satisfecho al cliente, o no.

Calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permiten emitir un juicio de valor acerca de él.

El productor sabía de inmediato si su trabajo había dejado satisfecho al cliente, o no.

Calidad a partir de la época industrial

Con el advenimiento de la era industrial esta situación cambió. El taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción y que, por consiguiente, eran reemplazables.

El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de la empresa. Como ya no era el caso de un operario que se dedicara a la elaboración de un artículo, fue necesario introducir en las fábricas procedimientos específicos para atender la calidad de los productos fabricados en forma masiva. Dichos procedimientos han ido evolucionando, sobre todo, durante estos últimos tiempos; ello ha sido, a su vez, ocasión para que se pusieran de relieve determinados matices involucrados en el concepto de calidad.

En este proceso de evolución se distinguen cuatro diferentes etapas:

- 1950-1960** La etapa en la que se cuida la calidad de los productos mediante un trabajo de inspección.
- 1950-1970** La etapa en la que se cae en la cuenta de que la atención a la calidad exige observación del proceso a fin de mejorarlo;
- 1960-1970** La etapa en la que, además del mejoramiento del proceso, se percibe la necesidad de asegurar el mejoramiento introducido;
- 1980-2000** La etapa en la que la administración misma redefine su papel con el propósito de que la calidad del producto sea la estrategia a emplear para tener éxito frente a los competidores.

Primera etapa: el control de la calidad mediante la inspección

Esta etapa coincide con el periodo en el que comienza a tener mucha importancia la producción de artículos en serie. Ante esta situación era necesario ver si el artículo, al final de la línea de producción, resultaba apto o no, para el uso para el que está destinado; por eso, en las fábricas se vio la conveniencia de introducir un departamento especial a cuyo cargo estuviera la tarea de inspección. A este nuevo organismo se le denominó departamento de control de calidad.

G. S. Radford, en su obra *The Control of Quality in Manufacturing*, afirma que la inspección tiene como propósito examinar de cerca y en forma crítica el trabajo para comprobar su calidad y detectar los errores; una vez que éstos han sido identificados, personas especializadas en la materia deben ponerles remedio.

La inspección no solo debe llevarse a cabo en forma visual, sino con ayuda de instrumentos de medición. Radford propone métodos de muestreo como ayuda para llevar a cabo el control de calidad, mas no fundamenta sus métodos en la estadística; habla, además, de cómo debe organizarse el departamento de inspección.

Ante esta situación era necesario ver si el artículo, al final de la línea de producción, resultaba apto o no, para el uso para el que está destinado.

Segunda etapa: El control estadístico de la calidad

Una definición precisa del control a efectuarse en el proceso de manufactura desarrolla técnicas eficaces para *monitorear* y evaluar día a día la producción o el servicio, al mismo tiempo que propone diversas formas para mejorar la calidad.

Shewhart fue el primero en reconocer que en toda producción industrial se da variación en el proceso. Esta variación debe ser estudiada con los principios de la probabilidad y de la estadística.

La administración debe tomar en cuenta este hecho, relacionado íntimamente con el problema de la calidad. No se trata de suprimir la variación, -esto resulta prácticamente imposible-, sino de ver qué rango de variación es aceptable sin que se originen problemas. El análisis expuesto tuvo su origen en el concepto de control estadístico de Shewhart.

Mientras Shewhart proseguía su trabajo con respecto al control del proceso, otros investigadores, principalmente Harold Dodge y Harry Romig, avanzaban en la forma de llevar a cabo la práctica del muestreo, que es el segundo elemento importante del control estadístico del proceso.

Las técnicas del muestreo parten del hecho de que en una producción masiva es imposible inspeccionar todos los productos, para diferenciar los productos buenos de los malos. De ahí la necesidad de verificar un cierto número de artículos entresacados de un mismo lote de producción, para decidir sobre esta base si el lote entero es aceptable o no.

La necesidad de elaborar programas de entrenamiento en asuntos referentes al control de calidad con la cooperación de importantes universidades de Estados Unidos, fue la ocasión para que los conceptos y las técnicas del control estadístico se introdujeran en el ámbito universitario.

A finales de la década del cuarenta, el control de la calidad era parte ya de la enseñanza académica. Sin embargo, se le consideraba únicamente desde el punto de vista estadístico y se creía que el ámbito de su aplicación se reducía en la práctica, al departamento de manufactura y producción.

Tercera etapa: El aseguramiento de la calidad

La tercera etapa se caracteriza por dos hechos muy importantes: la toma de conciencia por parte de la administración del papel que le corresponde en el aseguramiento de la calidad y la implantación del nuevo concepto de control de calidad en Japón.

Antes de la década de los cincuenta, la atención se había centrado en el control estadístico del proceso, ya que en esta forma era posible tomar medidas adecuadas para prevenir los defectos. Este trabajo se consideraba responsabilidad de los estadísticos.

No se trata de suprimir la variación, sino de ver qué rango de variación es aceptable sin que se originen problemas.

Sin embargo, era necesario que quedara asegurado el mejoramiento de la calidad logrado; lo cual significaba que había que desarrollar profesionales dedicados al problema del aseguramiento de la calidad y que, más aún, había que involucrar a todos en el logro de la calidad. Todo lo cual requería un compromiso mayor por parte de la administración. ¿Estaría dispuesta la alta gerencia a un compromiso de este género?

Lo anterior implicaba una partida presupuestal dedicada específicamente a atender programas de calidad. ¿Estaría la administración dispuesta a hacer dicha erogación?. Ciertamente se era consciente de que el producto defectuoso incidía en los costos de producción, pero ¿hasta qué grado?. La inversión hecha para asegurar la calidad ¿quedaría justificada por el ahorro que significaba evitar el producto defectuoso? Tales eran, en el fondo, los problemas que se planteaban al inicio de esta nueva época del desarrollo del movimiento hacia la calidad.

Cuatro son ahora los autores más importantes que figuran: W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum y Philip B. Crosby. Deming pone de relieve la responsabilidad que la alta gerencia tiene en la producción de artículos defectuosos. Juran investiga los costos de la calidad. Feigenbaum, por su parte, concibe el sistema administrativo como coordinador en la compañía del compromiso de todos en orden al logro de la calidad. Crosby es el promotor del movimiento denominado cero defectos.

W. Edwards Deming ocupa un lugar preponderante en el movimiento hacia la calidad debido, sobre todo, a su planteamiento visionario de la responsabilidad de la administración y la influencia que tuvo en el movimiento japonés hacia la calidad.

Su planteamiento es el siguiente: si se mejora la calidad, disminuyen los costos. La reducción de costos y el mejoramiento de la calidad se traducen mayor productividad. La empresa con mayor productividad es capaz de capturar un mercado cada vez mayor, lo cual le va a permitir permanecer en el mundo de los negocios conservando así las fuentes de trabajo para sus empleados. Hacer este cambio en el sistema es tarea de la alta gerencia.

Joseph Juran, en su libro *Quality Control Handbook* dice que algunos costos de producción son inevitables, pero otros se pueden suprimir. Son inevitables los relacionados con el control de la calidad. Los que se pueden suprimir son los que se relacionan con los productos defectuosos, como son el material de desecho, las horas invertidas en reparaciones, en retrabajo y en atender reclamaciones, y las pérdidas financieras que resultan de clientes insatisfechos. Si se suprimieran todos estos costos invirtiendo en el mejoramiento de la calidad, se lograrían ahorros verdaderamente sustanciales. Se estaría explotando el «oro contenido en la mina». Es responsabilidad de la alta gerencia decidir qué tanto quiere invertir en este mejoramiento. Los administradores, además, deben tener en cuenta que determinadas decisiones tienen consecuencias muy importantes. Por ejemplo, la inversión hecha en el diseño de calidad de un nuevo producto va a repercutir grandemente en los costos de fabricación del producto y en la aceptación que el artículo va a tener entre los consumidores.

Si se suprimieran todos estos costos invirtiendo en el mejoramiento de la calidad, se lograrían ahorros verdaderamente sustanciales.

Armand Feigenbaum en su libro *Total Quality Control*, propone por primera vez el concepto control total de calidad, el principio fundamental del que hay que partir es el

siguiente: la calidad es trabajo de todos y de cada uno de los que intervienen en cada etapa del proceso.

Si no intervienen grupos interdepartamentales en todas estas actividades, se corre el riesgo de cometer errores en el proceso, que tarde o temprano van a ser causa de problemas en la línea de ensamble o, peor aun, cuando el producto esté ya en manos del consumidor.

A fin de que el sistema funcione, es necesario que las compañías desarrollen matrices en las que expresen las responsabilidades que los diferentes departamentos tienen con respecto a determinadas actividades o funciones. De ahí la necesidad de constituir equipos interdepartamentales que tengan como función llevar a la mesa de discusión los puntos de vista de los diferentes departamentos y asegurar el que estos puntos de vista sean tomados en cuenta en la actividad propia de cada departamento. La alta gerencia es, en último término, la responsable de la efectividad del sistema.

Tanto Juran como Feigenbaum señalan la necesidad de contar con nuevos profesionales de la calidad que reúnan conocimientos estadísticos y habilidades administrativas.

Martin Company, pues, articuló una filosofía, según la cual el único standard aceptable de calidad es cero defectos. Para lograr este propósito entrenó a sus trabajadores, hizo eventos especiales, estableció metas y llevó a cabo autoevaluaciones. Philip B. Crosby, quien trabajó en la compañía Martin en la década de los sesenta, divulgó esta filosofía en su libro *Quality Is Free*. A juicio de este autor es técnicamente posible lograr una excelente calidad; la cual es lo más redituable desde el punto de vista económico.

Cuarta etapa: la calidad como estrategia competitiva

Se trata de un cambio profundo en la forma en que la administración concibe el papel que la calidad desempeña actualmente en el mundo de los negocios. Si en épocas anteriores se pensaba que la falta de calidad era perjudicial a la compañía, ahora se valora la calidad como la estrategia fundamental para alcanzar competitividad y por consiguiente, como el valor más importante que debe presidir las actividades de la alta gerencia.

En los servicios de salud la calidad no pasa a ser estrategia competitiva solo porque se apliquen métodos estadísticos para controlar los servicios; como tampoco lo es por el hecho de que todos se comprometan a realizar su función sin “ningún defecto”, pues esto de nada serviría si no hay mercado para ellos; es decir, la salud debe de ser competitiva. La calidad pasa a ser estrategia de competitividad en el momento en el que la alta gerencia toma como punto de partida para su planeación estratégica los requerimientos del usuario y la calidad de los servicios de otras instituciones. Se trata de planear toda la actividad de un hospital, en tal forma de entregar al usuario, servicios que respondan a sus requerimientos y que tengan una calidad superior a la que ofrecen los competidores.

La calidad es trabajo de todos y de cada uno de los que intervienen en cada etapa del proceso.

En los servicios de salud la calidad no pasa a ser estrategia competitiva por el hecho de que todos se comprometan a realizar su función sin “ningún defecto”, pues esto de nada serviría si no hay mercado para ellos; es decir, la salud debe de ser competitiva

El mejoramiento continuo y las actividades de investigación, diseño, manufactura y ventas y/o servicio

Por mejoramiento continuo se entiende la política de mejorar constantemente y en forma gradual los servicios, estandarizando los resultados de cada mejoría lograda. Esta política hace posible, partiendo de estándares establecidos, y **alcanzar** niveles cada vez más elevados de calidad.

Según Deming, para obtener la calidad que satisfaga los clientes debe

- * Darse una interacción de las actividades de investigación de mercado, de diseño del producto, de fabricación y de ventas, con el propósito de mejorar los niveles de calidad;
- * Esta interacción debe repetirse en forma cíclica.

La interacción mencionada y la forma cíclica de proceder se suele expresar mediante un círculo, denominado círculo de Shewhart o ciclo de calidad.

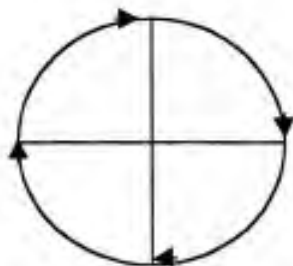
Por mejoramiento continuo se entiende la política de mejorar constantemente y en forma gradual los servicios, estandarizando los resultados de cada mejoría lograda.

4. INVESTIGACIÓN:

verificación de las reacciones de los usuarios, para ser tomadas en cuenta en el nuevo diseño.

1. DISEÑO:

diseño del producto con pruebas apropiadas.



3. VENTAS.

2. PRODUCCIÓN:

fabricación del producto probándolo en la línea de producción y en el laboratorio.

El círculo nace de un procedimiento en el que se llevan a cabo los siguientes pasos:

Paso 1: Se conocen las necesidades de los clientes.

Paso 2: Se diseña el producto en tal forma que éste responda a dichas necesidades.

Paso 3: El producto se manufactura de acuerdo con el diseño y se pone a prueba.

Paso 4: Se hacen las modificaciones que han sido resultado de las pruebas hechas y el producto se ofrece al público.

Paso 5: Se comprueba la reacción de los consumidores con respecto al producto. Con base en estas reacciones se diseña de nuevo el producto, repitiendo el ciclo a partir del paso 2; y así sucesivamente.

En el ejemplo de los cuadros decorativos, la etapa de planeación incluye conocer las expectativas de los clientes y determinar los objetivos, esto es, decidir qué tipo de producto decorativo se desea elaborar y sus características. Incluye, además, determinar los métodos y tecnología a utilizar para el logro de dichos objetivos.

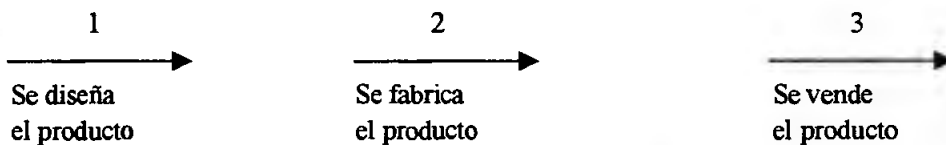
En la etapa de fabricación se da capacitación al obrero en la metodología y tecnología adoptadas y se realiza el trabajo sometiendo a prueba el método instituido. Someter a prueba significa identificar los defectos, verificar las causas de los defectos y corregir la forma de trabajo, a fin de suprimir las causas de los defectos

En la etapa de verificación se pone en venta el producto.

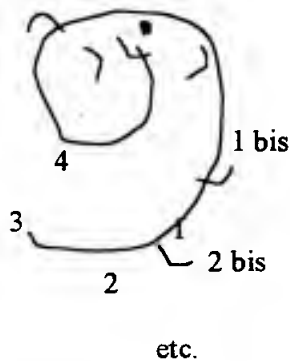
En la etapa de actuación se examinan las reacciones de los clientes; se ve qué les gusta o qué les disgusta de los cuadros decorativos y se toman en cuenta sus sugerencias, a fin de rediseñar el producto de acuerdo con la reacción de los clientes, haciendo hincapié en la innovación, pues este punto conserva a la empresa con una gran capacidad de renovación.

La forma tradicional de proceder y la propia del concepto moderno de control de calidad

* La forma tradicional de proceder ha sido la siguiente:



* En el concepto moderno de control de calidad se procede, en cambio, de la siguiente manera:



1. Se diseña el producto con pruebas apropiadas.
2. Se le fabrica, haciendo pruebas en las líneas de producción y en el laboratorio.
3. Se pone en el mercado el producto.
4. Se investiga la reacción del mercado para saber qué piensa el usuario y por qué otros no lo compran.
- 1 bis. Se rediseña el producto con base en las reacciones de los consumidores con respecto a calidad y precio.
- 2 bis, etc. Los productos hechos de acuerdo con los nuevos diseños, se someten a nuevas pruebas en las líneas de producción y en el laboratorio; etc.

Con esta forma de proceder se desarrolla el proceso de constante mejoramiento que, en forma gradual y mediante pequeños cambios, va mejorando los estándares de calidad. Por tanto, debe proceder aplicando en su actividad el círculo de Deming.

- **Planear** significa entonces diseñar mejoras en el trabajo.
- **Hacer** significa introducir dichas mejoras en el proceso verificando internamente su efectividad.
- **Verificar** significa realizar el trabajo con las mejoras introducidas.
- **Actuar** significa recibir la retroalimentación del departamento-cliente acerca de las mejoras introducidas y con base en dicha retroalimentación institucionalizar el mejoramiento con el propósito de prevenir la repetición de los defectos.

Para continuar con el proceso de mejoramiento continuo, los estándares establecidos con las mejoras introducidas por un primer círculo de Deming deben ser considerados como punto de partida para introducir nuevas mejoras. No es posible el progreso, si no se admite que toda situación es perfectible.

El círculo de Deming debe, pues, entenderse como un proceso a través del cual se establecen constantemente nuevos estándares de calidad con el propósito de que éstos vuelvan a ser revisados y reemplazados por estándares mejores.

Hemos visto también que cada uno de estos procesos parciales debe actuar aplicando el círculo de Deming para dar lugar al mejoramiento continuo.

Ahora bien, este mejoramiento continuo de cada etapa del proceso solo es posible si quienes intervienen en dicho proceso llevan a cabo en su propia actividad laboral el ciclo de calidad. El mejoramiento continuo es el resultado, en último término, de la aplicación del ciclo de calidad por parte de **cada** trabajador en su propia actividad laboral.

El mejoramiento continuo es el resultado, en último término, de la aplicación del ciclo de calidad por parte de cada trabajador en su propia actividad laboral.

Esta aplicación consiste en las siguientes actividades:



Los trabajadores deben pues intervenir:

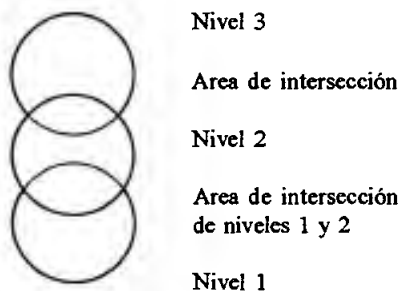
- * en la planeación del proceso en el que están involucrados;
- * en la observación del comportamiento del proceso haciendo uso de las herramientas estadísticas;
- * en la identificación de las causas de variación del mismo;
- * en la identificación de las acciones a emprender para disminuir dicha variación;
- * en la verificación del resultado de las acciones emprendidas, lo que tiene lugar cuando escucha la opinión del departamento siguiente que es su cliente;
- * y en el rediseño del proceso, tomando ya en cuenta las observaciones recogidas.

Si los trabajadores proceden en esta forma, no solo van a mejorar constantemente su actividad laboral sino, además, van a desarrollar sus mejores capacidades humanas, pues:

- * El ejercicio de análisis y de planeación que implica el ciclo de calidad desarrolla la capacidad que tiene el ser humano de prever y planear el futuro; capacidad que nos convierte en actores de los acontecimientos, dejando de ser simples espectadores.
- * Además, cuando los resultados comprueban que se hizo bien la planeación, aumenta la confianza de las personas en sus predicciones y en su trabajo de planeación.

El ciclo de calidad debe efectuarse, pues, en todos los niveles de la organización, desde el de los administradores más elevados hasta el de los trabajadores.

Evidentemente, se dan áreas de intersección.



El ciclo de calidad debe efectuarse, pues, en todos los niveles de la organización, desde el de los administradores más elevados hasta el de los trabajadores.

En estos casos, el ciclo de calidad y la toma de decisiones debe ser resultado de la unión de esfuerzos de los comprometidos en dichas áreas de intersección.

La garantía de calidad como resultado del nuevo concepto de control de calidad

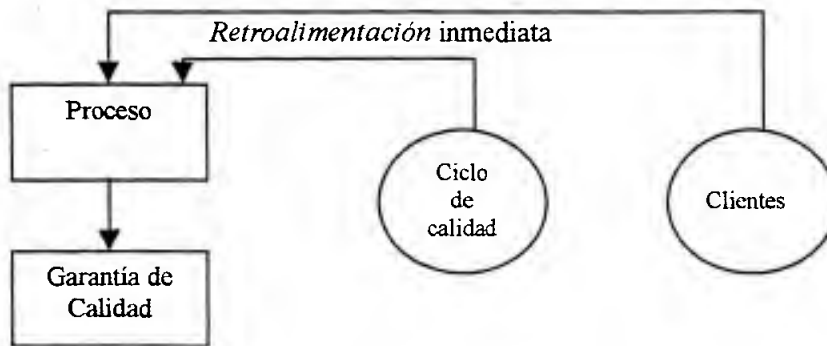
Por garantía de calidad se entiende la seguridad con que una empresa ofrece sus productos o servicios, de modo que el cliente pueda comprar el producto o hacer uso del servicio con la confianza de que se dan las características ofrecidas y de que el producto se puede utilizar por un tiempo razonable en forma satisfactoria.

Cuando el trabajador de línea procede de acuerdo con el ciclo de calidad, la retroalimentación sobre el proceso es instantánea, lo cual permite que se puedan corregir inmediatamente las fallas del trabajo.

Hay que tener en cuenta que, con esta retroalimentación inmediata, se da la retroalimentación que tiene como origen las reacciones de los consumidores. El mejoramiento del proceso, pues, se apoya en una doble retroalimentación; la del responsable del proceso mismo y la que proviene de los consumidores.

El mejoramiento del proceso, pues, se apoya en una doble retroalimentación; la del responsable del proceso mismo y la que proviene de los consumidores.

Retroalimentación del mercado



Este mejoramiento del proceso es lo que, en último término da base a la garantía de calidad.

Necesidad de un nuevo sistema administrativo y de una nueva cultura organizacional

La participación activa y responsable del trabajador en el mejoramiento del proceso implica evidentemente cambiar el modelo administrativo tradicional, en el que el operario solo cumple reglamentos elaborados por el departamento de ingeniería humana, por un nuevo sistema que se basa en la participación de todos en el control de la calidad.

A manera de resumen señalo los catorce pasos de "Crosby":

Paso 1 Compromiso gerencial. Asegura que la gerencia media entiende cómo la prevención de errores puede mejorar la calidad en tanto que se reducen los

costos. Prepara una política de calidad que establece que cada individuo debe comportarse exactamente como lo requiere el trabajo.

- Paso 2 Equipo para mejoramiento de la calidad.** Se designa un equipo para mejoramiento de la calidad que consiste en un miembro de cada departamento de la compañía. Se debe nombrar a una persona que pueda preparar al departamento para la acción, preferentemente la cabeza del departamento.
- Paso 3 Medición de la calidad.** Establece las mediciones de la calidad en todas las áreas. Estas mediciones se utilizarán para determinar dónde se requiere una acción correctiva y medir el progreso de ahí en adelante.
- Paso 4 Evaluación del costo de la calidad.** Al principio, el costo será bajo, debido a que muchos costos están ocultos. Posteriormente, los costos reales por no hacer las cosas bien la primera vez se harán más aparentes.
- Paso 5 Conocimiento de la calidad.** En este paso, se hace del conocimiento de los empleados el programa para mejorar la calidad por conducto de sus supervisores. Esto no es un programa de motivación, más bien es un esfuerzo de comunicación para familiarizar a los empleados con los efectos que conlleva una calidad baja sobre los clientes.
- Paso 6 Acción correctiva.** Así como se discuten los problemas de la calidad en el paso cinco, las acciones correctivas serán sugeridas por los trabajadores y supervisores. Si se necesita la aprobación de la alta gerencia, los problemas deben ser transferidos; de otra forma, deben resolverse en el nivel más bajo posible.
- Paso 7 Comités para el programa de cero defectos.** Tres o cuatro miembros del grupo de mejoramiento de la calidad, establecido en el paso dos, deben asignarse un comité para investigar el concepto de cero defectos (CD) y encontrar las formas de comunicación del programa a todos los empleados (por ejemplo: letreros, cartelones, juntas). Esto no debe ser un programa de relaciones públicas sino un esfuerzo para explicar por qué las cosas se deben hacer bien la primera vez.
- Paso 8 Capacitación del supervisor.** Se debe establecer un programa formal para capacitar a cada gerente en cada nivel acerca de los conceptos CD.
- Paso 9 El día de cero defectos.** Se debe establecer una día aparte para explicar CD a todos los empleados, de tal manera que puedan entender el concepto de la misma forma. El estándar de cero defectos debe ser firmemente establecido ese día.
- Paso 10 Establecimiento de metas.** Estos objetivos deben ser medibles y específicos. Este paso ayuda a la gente a reconocer que el progreso constante hacia la calidad mejorada debe surgir de ellos.

Esto no es un programa de motivación, más bien es un esfuerzo de comunicación para familiarizar a los empleados con los efectos que conlleva una calidad baja sobre los clientes.

- Paso 11 Eliminación de la causa del error.** A cada empleado se le pregunta que describa los problemas que evitan que realice el trabajo bien la primera vez escribiéndolos en una sola hoja. Es necesaria la retroalimentación rápida a los empleados para mantener el interés y la participación.
- Paso 12 Reconocimiento.** Es necesario el reconocimiento con objeto de proporcionar refuerzo positivo para la eliminación de la causa del error.
- Paso 13 Consejos de calidad.** Los profesionales de la calidad y los dirigentes de los grupos de la calidad provenientes de diferentes áreas deben formar un consejo de calidad.
- Paso 14 Hacerlo de nuevo.** El programa normal toma de un año a 18 meses. En ese tiempo, mucho del conocimiento acerca del programa se pierde debido a rotaciones y situaciones cambiantes. Entonces, el programa debe empezar otra vez con el nombramiento de un nuevo grupo.

Bibliografía

Garvin D. A. (1988) *Managing quality*.

Lloyd D. y Crawford-Mason C. (1991) *Quality or else the revolution in world business*. Ed. Houghton Mifflin Co. Boston.

Mizumo S. 1988 *Company-wide total quality control* ED. Asian Productivity Organization.

Tema 2. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad

Por Jesús Ríos Martínez

Resumen

Para que el proceso de calidad total sea efectivo y se convierta en la forma de conducir las acciones de la institución es fundamental tener la capacidad de convertir la filosofía de la calidad en una estrategia de producción de servicios. Por ejemplo, en muchos foros se define la calidad como hacerlo bien desde la primera vez, pero estas palabras deben de traducirse en estrategias y acciones que cobren forma para que los caminos y procesos productivos y de servicio adopten la filosofía de la calidad en hechos, en forma permanente de trabajo, en un cuestionamiento de "cómo lo puedo hacer mejor".

Tema 2. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad

Por Jesús Ríos Martínez

Los años recientes han visto el crecimiento de un nuevo tipo de mercado mundial sin precedente en volumen, variación y calidad. Es un mercado en el que las expectativas crecientes de los compradores -ya sean consumidores o corporaciones industriales- aunado al cambiante papel del gobierno, han intensificado grandemente las demandas en la administración de los negocios, así las unidades hospitalarias son corporativos con diversos servicios penetrando hacia los usuarios con servicios integrales de salud.

La amplitud y complejidad de estas demandas abarcan un espectro completo de problemas gerenciales, estructura de precio y reducción de costo, relaciones industriales y desarrollo organizativo, cambios tecnológicos y mecanización, o ventas y la introducción de nuevos servicios. Todo esto se está llevando a cabo dentro de un marco en el que los negocios y el gobierno -no sólo a nivel federal, sino a niveles estatales y municipales- están moviéndose hacia un tipo de relación completamente nuevo. Los servicios de salud están cambiando de verse en un plano netamente de gratuidad y bajos precios, a un concepto de competencia y ofrecimiento de calidad.

Es más, un proceso turbulento implica redefinir los “estándares de vida” en términos aceptables para todos nosotros que jugamos el papel dual de consumidores y productores, los debates sobre contaminación, crecimiento económico, consumismo, energía, participación laboral y fabricación en equipo, están llevándonos a cambios tan grandes en nuestros conceptos que algunas personas han empezado a decir que estos cambios constituyen una segunda Revolución Industrial. Los conceptos han ido evolucionando en nuevas dimensiones principales tanto para productos y servicios como para los procesos de ingeniería y manufactura que los producirán, y con ello los servicios de salud deben ser completos y de alta calidad.

Las soluciones efectivas de muchos problemas actuales no son ya un asunto de la administración tradicional y de la metodología de la ingeniería. Son, en vez de eso, el tema sustancial críticamente importante de la nueva administración e ingeniería, y sobre todo, de la combinación de avances médicos con el equipo nuevo y el “Team de salud” como un grupo interdisciplinario enfocado a dar servicio con éxito, tales como:

- Administrar para asegurar la productividad total de los servicios de salud, en vez

Los servicios de salud están cambiando de verse en un plano netamente de gratuidad y bajos precios, a un concepto de competencia y ofrecimiento de calidad.

de únicamente la de médicos, enfermeras y en general los de contacto con el usuario del servicio.

- Administrar para hacer del hombre de negocios, del científico, del ingeniero, del médico y del profesional en salud una *suma* en lugar de una *diferencia*.
- Administrar para enfocar el consumo de productos en forma positiva en vez de negativamente, sobre todo en los centros de costos de apoyo a los que prestan el servicio directo al usuario del servicio.
- Administrar para confrontar la necesidad de la conservación de la energía y materiales, así como la reducción de desperdicios y mejor utilización de recursos.
- Administrar en términos internacionales en vez de hacerlo sólo como administraciones nacionales que buscan abarcar otros mercados, o en su caso, olvidarse del burocratismo y ser una institución de salud eficiente y competitiva.

En ninguna parte es esta necesidad de mejora, tan claramente evidente como en el área de la calidad de los servicios médicos y de los productos. Esta es una situación en la que la industria está vitalmente involucrada, y una que clama por las nuevas tecnologías y sistemas de control total de la calidad.

La esencia del desempeño: calidad y eficiencia

La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención, y a los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma.

Es importante señalar que, de acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo.

En México, actualmente se escucha con frecuencia la expresión “calidad y calidez”. En estricto sentido, ambos términos se refieren a lo mismo. En efecto, “calidez” alude a una de las dos dimensiones que integran el concepto “calidad”: esto es, el aspecto interpersonal que, de manera muy efectiva y eufónica, ha sido acentuada creando la impresión, por otra parte, de que “calidad” se refiere sólo a la dimensión técnica, aun cuando no sea así.

Al considerar la definición en que se incluyen tanto beneficios como riesgos, así como las dos dimensiones que la integran, técnica e interpersonal, es importante

Administrar en términos internacionales en vez de hacerlo sólo como administraciones nacionales que buscan abarcar otros mercados, o en su caso, olvidarse del burocratismo y ser una institución de salud eficiente y competitiva.

señalar la diferencia con la típica definición de calidad establecida en el ámbito de la producción de bienes o en otro tipo de organizaciones de servicio a objetos, donde se refiere básicamente al grado de satisfacción del cliente o consumidor. En el caso de la atención a la salud, la calidad no puede referirse solamente como “satisfacción del cliente”, aun cuando ésta constituya un elemento indispensable para su juicio. En otras palabras, el paciente pudo haber vivido satisfecho hasta su último suspiro; sin embargo, no debió haber muerto. Esta situación pone de manifiesto, además que la percepción de la calidad que tiene el prestador del servicio difiere de la del paciente. Para el primero, la dimensión técnica resalta; para el segundo, la interpersonal es la que más fácilmente se juzga.

Ahora bien, en cuanto a la eficiencia y su relación con la calidad es importante volver a los conceptos. De acuerdo con Scott, es conveniente distinguir entre productividad y eficiencia. La productividad se define como la relación entre insumos y productos, en tanto que la eficiencia representa el costo por unidad de producto. Por ejemplo, en el caso de los servicios de salud, una medida de productividad estaría dada por la relación entre el número de consultas otorgadas por hora/médico, en tanto que la eficiencia se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado no sólo por el tiempo que dedicara el médico a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación, medicamentos utilizados, tiempo dedicado por la enfermera, etc.

La distinción radica en la unidad de medida utilizada para representar el concepto. Para la eficiencia la unidad de medida son, explícitamente, los costos; para la productividad son los insumos como tales. Ciertamente, los insumos podrían ser costeados, en cuyo caso la medida de productividad se convertiría en medida de eficiencia. Ambos conceptos se utilizan con frecuencia indistintamente, debido a que en los dos existe una relación entre costos y productos, en un caso explícita (eficiencia), y en el otro implícita (productividad). Aquí, eficiencia se utilizará como concepto pertinente al desempeño organizacional en relación con la calidad de la atención. Ello debido a que, como propone Donabedian en su “definición unificada” de calidad, existe una relación explícita entre costos y calidad y, por ende, entre eficiencia y calidad, como se verá a continuación.

En efecto, Frenk, Ruelas y Donabedian propusieron la existencia de tres tipos de eficiencia en los servicios de salud: eficiencia clínica, eficiencia de producción de servicios, y eficiencia gerencial.

La eficiencia clínica se refiere concretamente a la producción de salud; se define como el grado en que el médico combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonable. A esta combinación se le denomina “estrategia de atención”. Así la estrategia más eficiente sería aquella que produjera el mayor grado de mejoría en la salud en relación con un costo determinado, o bien aquella que produjera un cierto nivel de salud con la utilización de recursos menos costosa.

La eficiencia clínica es un componente indiscutible de la calidad de la atención,

En el caso de la atención a la salud, la calidad no puede referirse solamente como “satisfacción del cliente”, aun cuando ésta constituya un elemento indispensable para su juicio.

Existe una relación explícita entre costos y calidad y, por ende, entre eficiencia y calidad.

La eficiencia clínica se define como el grado en que el médico combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonable.

en tanto coincide con la búsqueda de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles, dentro de un marco de costos razonables. En este caso, la relación entre eficiencia y calidad es directa y estrecha.

El segundo tipo de eficiencia, denominado eficiencia de producción de servicios, se refiere al diseño más adecuado del proceso de producción de servicios, para que los especificados por una determinada estrategia de atención puedan lograrse al menor costo posible. Este es el significado más común cuando se emplea el concepto de eficiencia de los sistemas de salud. La relación con la calidad es nuevamente directa, en tanto que de ella depende también el balance entre beneficios y riesgos, aún cuando este tipo de eficiencia no sea un componente *per se* de la calidad, como lo es la eficiencia clínica.

Por último, la eficiencia gerencial produce políticas y servicios de soporte. Existe entonces también una relación entre este tipo de eficiencia y la calidad, aunque nuevamente ésta sea indirecta.

En conclusión, el concepto de eficiencia en los servicios de salud puede fraccionarse, para su análisis, en tres tipos de eficiencia, entre los cuales la eficiencia clínica forma parte del concepto de calidad, en tanto que las otras dos influyen en ésta.

Hasta ahora hemos establecido las relaciones de la eficiencia con la calidad. Veamos la situación inversa, es decir, la relación de la calidad con la eficiencia.

Para Deming esta relación es muy clara, ya que las estrategias para mejorar la calidad conducen hacia un decremento en los costos, debido a la disminución del número de eventos o procedimientos que deben repetirse por haberse realizado mal la primera vez; la disminución de los retrasos de procesos y procedimientos; la mejor utilización de los recursos, etc. De aquí que, al mejorar la calidad y evitar así las situaciones que se han mencionado, necesariamente se tiende a un incremento en la eficiencia.

En la bibliografía relativa al ramo industrial pueden encontrarse numerosos casos documentados en que las estrategias para mejorar la calidad han significado ahorros importantes en los procesos de producción. En las organizaciones de servicios de salud no abundan los éxitos documentados con rigor. No obstante, podemos pensar que una vez desarrollado este campo, podrán encontrarse resultados similares, tal vez no iguales, debido a la particular naturaleza de este tipo de organizaciones. Existe, por consiguiente, una aparente relación recíproca entre calidad y eficiencia. La eficiencia influye en la calidad y ésta, a su vez, en la eficiencia. Por ello, ambas constituyen pilares inseparables del desempeño organizacional.

Sin embargo, el punto medular de la discusión podría ser, no las relaciones existentes entre los conceptos, sino el énfasis en las estrategias que deben adoptarse para mejorar ambas. En apariencia y durante mucho tiempo, el énfasis se puso casi de manera exclusiva en la eficiencia, como si con ello incrementara, en consecuencia, el nivel de calidad. El resultado obviamente no fue el esperado pues, si bien la eficiencia mejoró, en muchos casos se constató un deterioro en la calidad.

El concepto de eficiencia en los servicios de salud puede fraccionarse, para su análisis, en tres tipos de eficiencia, entre los cuales la eficiencia clínica forma parte del concepto de calidad, en tanto que las otras dos influyen en ésta.

¿Cómo explicar que, a pesar de existir una relación donde a las mejoras en la eficiencia de producción corresponde una mejoría en la calidad, estos no siempre suceda?

La respuesta puede estar en la secuencia de las prioridades. Es decir, cuando la prioridad es el incremento de la eficiencia *per se*, y se pierde de vista que el objetivo de los servicios de salud es no solo dar más, sino mejor, la eficiencia se convierte en un fin en sí misma, por demás irracional, dando lugar al lógico deterioro en la calidad. Cuando la prioridad es garantizar la calidad, y se analizan y mejoran procesos y procedimientos, ello debe conducir al incremento racional de la eficiencia del sistema.

Varios autores han puesto de manifiesto estas relaciones recíprocas; en un caso se demostró que los hospitales más eficientes mostraron mejor calidad; en otro los autores señalan que los resultados que obtuvieron “sugieren que una calidad pobre y una utilización de servicios menos eficiente van de la mano”.

Tal vez en ambos casos subyace la eficiencia gerencia como factor determinante de una relación favorable entre calidad y eficiencia, cuando se trata de la organización en su conjunto.

Parece ahora más ético y razonable buscar incrementos en la eficiencia, siempre y cuando éstos se consideren parte de una estrategia global de garantía de la calidad. La experiencia ha demostrado que la búsqueda a ultranza de la eficiencia en los servicios de salud, a pesar de que puede disminuir los costos, deteriora la calidad. Una búsqueda desmesurada y descontextualizada de eficiencia podría conducir, como se mencionó anteriormente, a la iatrogenia sin desperdicios.

Una búsqueda desmesurada y descontextualizada de eficiencia podría conducir, a la iatrogenia sin desperdicios.

¿Cuál es el nuevo impacto de la calidad?

Hoy, nuestras agendas y vida cotidiana dependen totalmente de la ejecución y operación satisfactoria de productos y servicios -ya sea una red eléctrica metropolitana, un centro farmacéutico en una unidad de cuidados intensivos, una lavadora de ropa automática para una familia joven que crece, o el automóvil que se usará como autobús familiar 14 horas al día-.

Esta situación sin alternativa -o “redundancia cero”, en términos más técnicos-, es básicamente algo nuevo para la sociedad, y ha aumentado explosivamente la demanda del cliente de mayor durabilidad y confiabilidad en productos y servicios.

Mientras los compradores de hoy continúan comprando con gran atención en el precio, a diferencia de los compradores de hace sólo unos cuantos años, ponen un énfasis cada vez mayor en la calidad, esperando productos aceptables a cualquier nivel de precio. Es la calidad, tanto como el precio, lo que vende hoy, y la calidad lo que atrae de regreso a los clientes por una segunda, tercera o decimoquinta vez. Esto sucede con mayor énfasis en los servicios médicos donde la confianza es vital.

En realidad, los logros sobresalientes de calidad en la salud al satisfacer estos

Es la calidad, tanto como el precio, lo que vende hoy, y la calidad lo que atrae de regreso a los clientes por una segunda, tercera o decimoquinta vez. Esto sucede con mayor énfasis en los servicios médicos donde la confianza es vital.

requisitos durante las décadas pasadas son historia conocida. El principal reto que ha surgido de servicios más complejos para el usuario, con mayores funciones está siendo enfrentado con eficiencia creciente desde el campo de los aparatos altamente sofisticados y equipamiento que transmiten y apoyan eficientemente el servicio médico hasta las fibras "milagrosas". El alto grado de confiabilidad requerido para los sistemas de equipo complejo, desde los transportes a larga distancia hasta la capacitación para su uso, ha logrado enormes adelantos. Si bien es cierto que queda mucho por hacerse, el aspecto de resultados del cuadro de calidad muestra alguna mejoría.

Sin embargo, menos mejoras quedan al descubierto cuando se examina el esfuerzo tras bambalinas para asegurar estos estándares de alta calidad. Por cada peso gastado en planeación de ingeniería, producción y servicio al usuario, un gran número de industrias de hoy están perdiendo muchos centavos adicionales debido a métodos de baja calidad durante la prestación del servicio.

En la industria los costos de calidad y seguridad forman una parte cada vez más importante del Producto Nacional Bruto (PNB). La carga del gasto recae fuertemente sobre el fabricante en forma de costos de calidad que puede ascender del 7 al 10% -y aún más- de las ventas totales facturadas. También influye mucho en el comprador, cuyos costos de operación y mantenimiento pueden ser comparables con el precio original de compra, así como para el comerciante, cuya tasa de rendimiento del producto puede igualar o superar el margen de utilidades.

La calidad y seguridad de los servicios médicos han llegado a ser, por tanto, de importancia primordial para el gobierno y una fuerza política que se debe reconocer.

Mientras el tema de la calidad inunda los tribunales en la forma de una creciente avalancha de demandas de estricta responsabilidad por el servicio, está modificando 2000 años de la ley de "precaución contra el consumidor" para convertirla en fallos de los tribunales "en contra del prestador de servicio". Y el incremento del interés público respecto a la calidad ha sido tan notorio que está cambiando patrones económicos, legales y políticos que han prevalecido durante largo tiempo. De esta manera tenemos ahora la Comisión de Arbitraje Médico.

El logro y conservación de grados aceptables para el cliente en la calidad de productos y servicios, es hoy un determinante fundamental para la salud, crecimiento y viabilidad económica del negocio de la prestación de servicios médicos. De la misma manera, la calidad se está convirtiendo en un factor principal en el desarrollo e implantación exitosa de los programas médicos y de ingeniería para la realización de las metas principales en el negocio. Además, hoy en día, el control de calidad - los objetivos gerenciales, herramientas, técnicas- debe estar completo y eficazmente estructurado para satisfacer las demandas de esta nueva estructura de mercados y de negocios.

¿Qué es control total de la calidad y cuál es su propósito?

La meta de la industria competitiva respecto a la calidad del producto, se puede exponer claramente: suministrar un producto o servicio en el cual su calidad haya sido diseñada, producida y sostenida a un costo económico y que satisfaga por entero al consumidor.

Cuando utilizamos la frase “control total de la calidad” nos referimos al sistema integral que abarca a toda la institución, en tanto que entidad que persigue esta meta. O bien, elaborando una definición:

“El control total de la calidad es un sistema efectivo de los esfuerzos de varios grupos de una institución para la integración del desarrollo, del mantenimiento y de la superación de la calidad con el fin de hacer posibles mercadotecnia, ingeniería, apoyos y servicio, a satisfacción total del usuario de los servicios y al costo más económico”.

Su amplitud y carácter fundamental para el logro de los resultados del negocio, hacen del control total de la calidad un nuevo e importante aspecto de la administración. Como un foco del liderazgo administrativo y técnico, el control total de la calidad ha producido mejoras importantes en la calidad y confiabilidad de los servicios para muchas instituciones de todo el mundo.

Además, el control total de la calidad ha logrado reducciones importantes y progresivas en los costos de calidad.

Por medio del control total de la calidad, las gerencias de las compañías han sido capaces de aprovechar la fuerza y confianza de la calidad de sus productos y servicios, lo que les permite adelantarse en el volumen de mercado y ampliar la mezcla de productos con un alto grado de aceptabilidad del cliente y estabilidad en utilidades y crecimiento.

El control total de la calidad constituye una de las bases de la motivación positiva por la calidad en todos los empleados y representantes de la unidad médica, desde el director hasta trabajadores de intendencia, enfermería, dietistas y el personal eminentemente médico-asistencial. Asimismo, una capacidad poderosa del control total de la calidad es una de las fuerzas principales para lograr una productividad total muy mejorada.

Las relaciones humanas eficientes son básicas en el control de la calidad. Un resultado importante de esta actividad es su efecto positivo en el trabajador de salud al crearle responsabilidad e interés en producir calidad. En último análisis es como un par de manos humanas que efectúan operaciones importantes que se reflejan en la calidad de la salud. Es de la mayor importancia para lograr éxito en el trabajo de control de calidad, que estas manos se encuentren guiadas en forma experta y consciente y enfocada hacia la calidad.

Además, los conocimientos tecnológicos sólidos son básicos, muchos de los

El control total de la calidad constituye una de las bases de la motivación positiva por la calidad en todos los empleados y representantes de la unidad médica.

cuales ya están en uso. Quedan incluidos aquí sistemas para la especificación de tolerancias en términos claros para el usuario, métodos rápidos para la evaluación de componentes y sistemas de confiabilidad; clasificación de características de la calidad, métodos de clasificación de proveedores, técnicas en las inspecciones por muestreo, técnicas en los controles de proceso, el diseño de equipo para mediciones en el control de la calidad; sistemas de calibración, establecimiento de normas (estándares), evaluación de la calidad de un proceso médico quirúrgico y clasificaciones promedio, así como la aplicación de técnicas estadísticas en experimentos diseñados por medio de gráficas de X y de R, y muchas más.

Es de interés hacer notar que estos métodos se han utilizado por separado durante muchos años como una definición del control de calidad. Tanto por escrito como de palabra, se encuentra uno con que el control de calidad se define como cierta forma de estudio de casos, como una parte de la estadística médica, como trabajo relativo a la confiabilidad o como un mero acto de inspección o prueba. Estas diversas definiciones describen únicamente partes o métodos individuales de un programa completo del control de la calidad. Y pueden, todas ellas, haber contribuido a la confusión a la cual este término se asocia algunas veces dentro de la salud.

Los términos “control de calidad” y “aseguramiento de la calidad” han llegado a tener diferentes significados en diversas empresas -cada término significa diferentes aspectos de la actividad de la satisfacción del cliente con la calidad-. Los programas de control total de la calidad incluyen e integran las acciones implicadas en el trabajo cubierto por ambos términos.

El significado de “calidad”

La calidad la determina el usuario del servicio, no el médico tratante o el encargado de relaciones públicas o los responsables de apoyo al tratamiento ni mercadotecnia ni la dirección general. Está basada en la experiencia real del usuario con el servicio, medida contra sus requisitos -definidos o tácitos, conscientes o sólo percibidas, ya sea en su estado de salud o en sus perspectivas de vida o por completo subjetivos- y siempre representa un objetivo móvil que lo demuestra en su entorno y es lo que le da la el crédito a una institución de servicios de salud.

La calidad del servicio puede definirse como:

“La resultante total de las características del servicio en cuanto a la atención recibida, a los procedimientos utilizados para su recuperación, y a todos los servicios médicos asistenciales que participaron en los eventos clínico-médicos por medio de las cuales el servicio satisfará la expectativas del usuario”

El propósito de la mayor parte de las medidas de calidad es determinar y evaluar el grado o nivel al que el servicio se acerca a su resultante total.

Algunos otros términos, como confiabilidad, facilidad y oportunidad para darle servicio, en algunas ocasiones se han tomado como definiciones de la calidad del

servicio. Estos términos son, en realidad *características* individuales, que en su conjunto constituyen la calidad del servicio.

Es importante reconocer este hecho, porque el requisito clave para establecer lo que se entenderá por calidad exige un equilibrio tanto económico como de satisfacción del servicio que se preste incluyendo todos los elementos que se han mencionado. Entre estas características individuales, existen procedimientos médico-quirúrgicos que originalmente eran sumamente molestos y al cabo de avances tecnológicos, así como nuevas prácticas para abordar el problema han hecho que los servicios médicos tengan una nueva perspectiva ya que el ciclo del comportamiento de un padecimiento tiene factores diferentes que tomar en cuenta para poder calificar su calidad.

Un papel crucial de calidad para la Dirección es reconocer esta evolución en la definición de calidad del usuario del servicio en las diferentes etapas en el tratamiento de su enfermedad. Es importante considerar que si se quiere comparar con otro hospital pudiera ser demasiado tarde ya que siempre existirá un mejor procedimiento o un nuevo equipo para alcanzar un mayor grado de calidad. Por eso se sugiere tratar de concebir los parámetros con un estándar propio sin olvidar lo deficiente o lo mejor de nuestra práctica.

Un factor importante en la calidad moderna es que este ciclo de madurez de muchos productos se ha vuelto rápido, particularmente como resultado del paso acrecentado de nuevas tecnologías en algunas áreas, así como el aumento en las exigencias de los usuarios y las presiones competitivas.

El significado de calidad - orientación a la satisfacción del usuario

Una posible y clara definición de todos los requisitos del usuario del servicio es el primer punto fundamental para el control de calidad efectivo. Cuando esto no se ha llevado a cabo, puede crear un problema inherente que ninguna de las actividades subsiguientes de control puede resolver.

Ha habido en algunas industrias la tendencia a considerar ciertos requisitos de calidad básicos del cliente como algo "extra", mientras los clientes suponen que son parte de cualquier producto que compran. Esto crea la situación donde, por ejemplo, el vendedor ofrece una unidad de aire acondicionado para el hogar en un cierto precio y después justifica este precio diciendo que es un producto que en verdad enfría y que, por ser también silencioso, cuesta más. Pero ningún cliente escoge conscientemente un producto para refrescar su hogar que no enfríe o que lo mantenga despierto de noche. En una unidad de salud, el usuario asiste a obtener salud y el proceso de recuperación y tratamiento debe de estar acorde al procedimiento, es decir, la razonabilidad de los actos médicos son básicos para calificar de adecuado la "calidad de los servicios".

En la frase "control de calidad", la palabra calidad no tiene el significado popular, de "mejor" en sentido abstracto. Industrialmente quiere decir "mejor dentro de ciertas condiciones del consumidor"; ya sea que el producto sea tangible (un

El requisito clave para establecer lo que se entenderá por calidad exige un equilibrio tanto económico como de satisfacción del servicio que se preste.

Se sugiere tratar de concebir los parámetros con un estándar propio sin olvidar lo deficiente o lo mejor de nuestra práctica.

En la frase "control de calidad", la palabra calidad no tiene el significado popular, de "mejor" en sentido abstracto.

automóvil, un refrigerador, un horno de microondas) o intangible (programas de rutas de autobús, servicio de restaurante y hospital). En este último caso lo intangible se “siente” es una apreciación de “vida”.

Dentro de estas condiciones son importantes, 1) la calidad de vida y 2) el costo del servicio. A su vez, estas dos condicionantes se reflejan en otras diez condiciones adicionales de producto y servicio:

1. La especificación de la que se sujeta el usuario del servicio médico.
2. Los objetivos de confiabilidad y duración (“vida”).
3. Los requisitos de seguridad (cuidados para la vida normal).
4. Las normas aplicables (reglas de comportamiento).
5. Los costos de recuperación y calidad de vida.
6. Las condiciones de servicio bajo las que se atendió al paciente.
7. Consideraciones ambientales y otras consideraciones por “efectos secundarios”.
8. Los costos de operación, uso y servicio que el usuario hace para sostener la salud.

El significado de “control”

Control se puede definir como un proceso para delegar responsabilidad y autoridad para la actividad administrativa mientras se retienen los medios para asegurar resultados satisfactorios.

El procedimiento para alcanzar la meta industrial o de servicio de calidad se denomina, por tanto, “control” de calidad, de la misma manera que los procedimientos para alcanzar la producción y objetivos de costos se llaman, respectivamente, “control” de producción y “control” de costos. Normalmente hay cuatro pasos para este control:

1. **Establecimiento de estándares.** Determinación de estándares requeridos para los costos de la calidad, el funcionamiento, la seguridad y la confiabilidad del servicio.
2. **Evaluación del cumplimiento.** Comparación del cumplimiento entre el servicio médico o el servicio ofrecido y los estándares.
3. **Ejercer acción cuando sea-necesario.** Corrección de los problemas y sus causas en toda la gama de los factores de salud hasta la satisfacción del usuario.
4. **Hacer planes para mejoramiento.** Desarrollar un esfuerzo continuo para mejorar los estándares de los costos, del comportamiento hacia el usuario y de la confiabilidad del servicio.

El control eficaz es hoy un requisito central para la administración exitosa. Cuando este control ha fallado, ha sido causa principal de aumentos en los costos y reducción en los ingresos y su fracaso ha sido también un contribuyente principal

Control se puede definir como un proceso para delegar responsabilidad y autoridad para la actividad administrativa mientras se retienen los medios para asegurar resultados satisfactorios.

para los acontecimientos relacionados con confiabilidad, seguridad y posibles reclamaciones por mal servicio que han añadido nuevas dimensiones a los problemas de la Dirección de una unidad de servicios de salud.

Como se mencionó, el ritmo de la tecnología está aumentando cada vez más rápidamente para muchos productos y servicio. Esto ocasiona una demanda igualmente en aumento, para la integración práctica y económica de esta nueva tecnología en las prácticas operacionales de una institución.

En tan importante estudio de planeación, se formuló la conclusión de esta manera: los cambios importantes dentro de la próxima década estarán en la estructuración de las actividades operacionales (para el control), así como en los nuevos adelantos en las mismas tecnologías operacionales.

Este retorno al control como énfasis central para la administración es un factor principal de equilibrio para las actitudes hasta fechas recientes, con su fuerte orientación hacia el crecimiento en ingresos y servicios. Sin embargo, para el ámbito de calidad, es una reafirmación de principios básicos. Estos principios son los de control en el sentido positivo y autónomo de establecer estándares orientados preventivamente al control; valuación del desempeño y logro de resultados contra estos estándares; para luego asegurar las acciones necesarias de ajuste en todo el ciclo de la atención médica.

Los cambios importantes dentro de la próxima década estarán en la estructuración de las actividades operacionales (para el control), así como en los nuevos adelantos en las mismas tecnologías operacionales.

¿Cuál es el alcance del control total de la calidad?

El fundamento de este concepto de calidad total y su diferencia básica en relación con otros conceptos, es que para proporcionar una efectividad genuina, el control debe iniciarse con la determinación de los requisitos de calidad que exige el usuario y terminar hasta que el servicio ha sido satisfecho. El control total de la calidad guía las acciones coordinadas de personas, máquinas e información para lograr este objetivo.

La razón de lo anterior es que la calidad de todo servicio tiene el efecto de muchos de los pasos del ciclo.

1. La mercadotecnia evalúa el grado de calidad que desea el usuario y por el cual está dispuesto a pagar.
2. La técnica médica traduce la evaluación de mercadotecnia a especificaciones exactas.
3. La Administración escoge, contrata y retiene a los proveedores de piezas, materiales y servicios.
4. La ingeniería biomédica selecciona matrices, herramientas y procesos de servicio.
5. La supervisión del servicio y el personal del hospital ejercen una influencia decisiva durante la atención de los servicios intermedios y finales.

6. La inspección y supervisión médica comprueban el cumplimiento con las expectativas del usuario.

Bibliografía

Fundación Mexicana para la Salud, *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*. No. 8 Documentos para el análisis y la convergencia. Economía y Salud 1994.

Kumate Jesús y Guillermo Soberón, *Salud para todos: ¿utopía o realidad?* El Colegio Nacional. México, 1989.

Nussbaum C. *Martha* y Amartya Sen (Compiladores). *La Calidad de vida*. 1996. Fondo de Cultura Económica.

Stoner A. F James Jr., R. Edward Freeman, Daniel R. Gilbert *Administración*. Pearson. Prentice Hall.

Tema 3. Sistemas de costos de mala calidad

Por Jesús Ríos Martínez

Resumen

La mala calidad cuesta, y en las instituciones de salud el precio es muy caro, ya que no solo se traduce en problemas económicos sino que estamos hablando de vidas, de calidad de vida, de recuperación de habilidades y de incorporar al proceso productivo recursos que se han dañado.

Debemos de entender que una mala calidad no es reponer lo mal hecho, sino la pérdida de confianza del usuario de los servicios médicos, y esa desconfianza influye a su vez en la comunidad, estableciendo un disparador en la confianza que tanto ayuda en la recuperación ya que forma parte del tratamiento. El costo de la mala calidad se define como el fracaso del objetivo del proceso que estemos midiendo, es la desvinculación del grupo de trabajo fuera de sus propósitos esenciales.

Los costos de la mala calidad en los servicios médicos deben ser medidos, ya que se debe de estar conscientes de que su conocimiento es una herramienta para ayudar a los directivos de los hospitales o de las unidades de salud a orientar las actividades actuales y planificar el futuro. Debemos analizar la eficacia de las actividades realizadas y poner un método de *monitoreo* que nos ayude a que el costo de la mala calidad, si éste se presenta, sea atacado en tiempo y no esperar que los resultados sean desastrosos para tomar medidas. Se debe tener un sistema de medición del costo de mala calidad, ya que es la única forma de emprender un proceso continuo hacia la calidad.

Tema 3. Sistemas de costos de mala calidad

Por Jesús Ríos Martínez

La base de las instituciones para tener liderazgo competitivo es el hecho de que todos los empleados ya sean médicos, auxiliares administrativos, estén convencidos y tomen acciones para que la buena calidad esté tomada de la mano de un buen costo. Esto proporciona a las instituciones un gran poder para tener éxito en los mercados actuales, en donde el modo de producir los servicios es hacerlos cada vez más rápidos y más baratos, el volver a la vida activa a un paciente es un objetivo preciso y cuantitativo.

Uno de los mitos en la cultura del negocio es la creencia de que la mejor calidad exige un costo mayor, y que de alguna manera es más difícil los servicios que se prestan. Los hechos han demostrado repetidamente el principio de que la buena calidad significa buena utilización de recursos -equipos, materiales, información, y recursos humanos sobre todo- y por consiguiente, supone costos más bajos y productividad más elevada.

Actualmente, los directivos de instituciones de salud se han dado cuenta de que en los mercados internacionales los servicios de calidad proporcionan un rendimiento de la inversión mayor e incrementan la participación de la institución en el mercado. En consecuencia, han prestado mucha atención en mejorar la calidad los servicios que prestan todos los trabajadores de salud. Esta mayor atención ha revelado tres verdades:

1. No es más caro suministrar productos y servicios de alta calidad. En realidad, en muchos casos, es más barato.
2. Cuando se resuelven los problemas de calidad, se reducen grandemente los problemas de costo y tiempo.
3. La unidad de medida de toda la empresa es el dinero, término que todo directivo médico y no médico comprende y que puede utilizar eficientemente.

¿Qué es el costo de la mala calidad?

La mala calidad le cuesta dinero a la institución, la buena calidad le ahorra dinero. Muchas instituciones de salud no miden el costo de la mala calidad, y si no se mide no

La buena calidad significa buena utilización de recursos -equipos, materiales, información, y recursos humanos sobre todo- y por consiguiente, supone costos más bajos y productividad más elevada.

La mala calidad le cuesta dinero a la institución, la buena calidad le ahorra dinero.

se puede controlar. Es importante diferenciar el costo cuando no se tiene calidad y el costo de la calidad.

Calidad de clase mundial quiere decir proporcionar servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de los usuarios a un costo que representa el valor para el usuario. No es necesario producir servicios que excedan en mucho las expectativas de los usuarios, pero siempre es necesario satisfacer completamente esas expectativas.

La calidad no es el costo de dar un servicio, es el valor que recibe el usuario en salud y bienestar. Se necesita disponer de un sistema que defina la diferencia entre lujo y la adecuación de uso, entre el despilfarro y el comportamiento óptimo. Forma parte de este sistema, la cuantificación de lo que la institución gasta, porque todas las cosas, personas y materiales no son perfectos.

La calidad no es el costo de dar un servicio, es el valor que recibe el usuario en salud y bienestar.

Un sistema informativo de los costos de mala calidad es una herramienta necesaria del sistema de calidad de la institución, en el sentido de que dirige la atención de la Dirección y mide el éxito de los esfuerzos de la institución para proporcionar salud eficiente.

En una institución utópica los costos de la mala calidad son cero. El equipo de salud siempre realiza correctamente su trabajo, por lo tanto, no hace falta comprobar nada. Nunca hay un defecto en los suministros, y los equipos siempre funcionan correctamente, y sobre todo, el diagnóstico y tratamiento siempre son acertados.

Pero en cualquier institución, las cosas son diferentes, las personas cometen errores, el equipo no funciona bien, las piezas se descomponen. En consecuencia, se necesita verificadores, inspectores, supervisores y departamentos de orientación y quejas.

La diferencia entre los servicios y las quejas y reinternamientos en la institución utópica y la institución real ilustra la definición del costo de la mala calidad.

El costo de la mala calidad se define como:

El costo incurrido para ayudar al trabajador de salud a que haga bien el trabajo todas las veces y el costo para determinar si los servicios son aceptables, más cualquier costo en que incurre la institución y el usuario porque los servicios no cumplen las especificaciones y/o las expectativas del usuario.

Los elementos de los costos de la mala calidad son:

Costos directos de mala calidad:

A. Costos controlables de la mala calidad.

1. Costos de prevención.
2. Costos de evaluación.

B. Costos resultantes de mala calidad.

1. Costos de los errores internos.
2. Costos de los errores externos.

C. Costos de los equipos.

D. Costos administrativos.

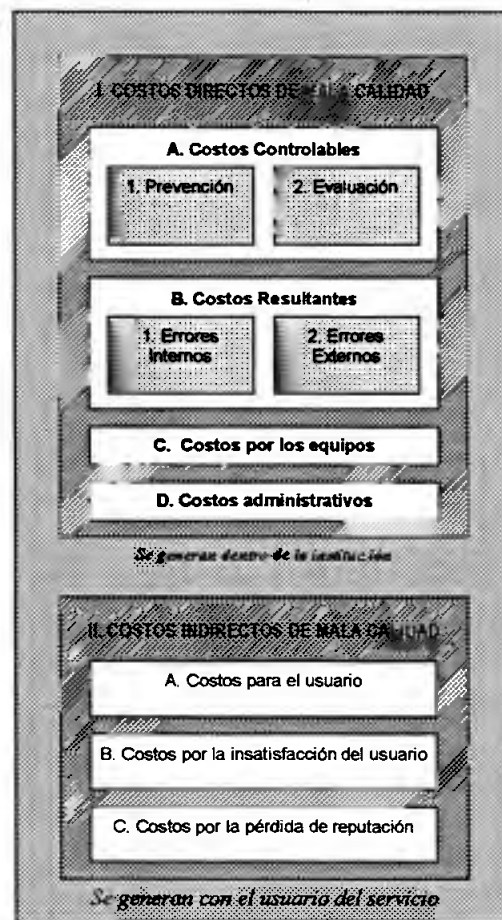
Costos indirectos de mala calidad:

A. Costos para el usuario.

B. Costos por la insatisfacción del usuario.

C. Costos por la pérdida de reputación.

En la siguiente figura se pueden apreciar los CMC que se generan dentro de la institución y los costos que se generan cuando el servicio prestado se encuentra con el usuario.



Elementos de los costos de la mala calidad

En dónde usar el CMC

Tradicionalmente el costo de la mala calidad (CMC) se utiliza principalmente para medir los costos de servicio. Pero hay que darse cuenta que en todos los departamentos, tanto en los servicios de producción finales como en la administración o de apoyo, se cometen errores.

Existen estudios que refieren que el costo de la mala calidad de las áreas administrativas y de apoyo a la atención médica es del 20 al 35% de los gastos totales de estos departamentos. La mayoría de las instituciones aceptan como normales el costo de los errores administrativos y de apoyo, y sus consiguientes controles y estadísticas. La medición del costo de la mala calidad en las áreas administrativas, fija la atención de la dirección en estas pérdidas pasadas por alto, sobre todo en auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

También se aplica la medición del costo de mala calidad al impacto que los errores tienen sobre el usuario. Con frecuencia, el costo para el usuario cuando hay un error puede superar con mucho el costo de la reparación del servicio mal prestado, y que no decir hasta la vida del propio usuario.

El costo de la mala calidad de las áreas administrativas y de apoyo a la atención médica es del 20 al 35% de los gastos totales de estos departamentos.

¿Por qué usar el CMC?

El costo de la mala calidad proporciona una herramienta muy útil para cambiar la forma en que la dirección y los equipos de salud piensan sobre los errores. El CMC ayuda a:

- 1. Llamar la atención de la dirección y a los responsables del servicio.**
Al hablar a los directivos en términos de dinero les proporciona información tangible. Saca a la calidad de lo abstracto y lo convierte en una realidad
- 2. Cambiar la forma en que el trabajador de salud piensa sobre los errores.**
Los empleados comprenden los costos que se generan por los errores que cometen.
- 3. Proporcionar un mejor rendimiento a los recursos asignados para resolver el problema.**
Ayuda a identificar oportunidades de mejora, a dar prioridades a esas oportunidades, establecer los objetivos y medir los progresos realizados.
- 4. Proporcionar un medio para medir el verdadero impacto de las acciones correctoras y los cambios realizados para mejorar el proceso.**
Centrándose en el costo de la mala calidad del proceso total, se puede optimar el proceso, comprender como un todo el proceso integral de la atención médica.
- 5. Proporciona un método sencillo y comprensible para medir el efecto que la mala calidad tiene sobre la institución.**
Tener un indicador de dinero ayuda a dirigir las acciones correctoras y de mejora a donde se vayan a obtener un mejor rendimiento. Debemos comprender que en

instituciones de salud un usuario satisfecho se eleva exponencialmente su opinión en beneficio de la institución.

Limitaciones del CMC

El costo de la mala calidad no puede por sí mismo resolver los problemas de calidad u optimar el sistema de calidad. Es tan solo una herramienta que ayuda a que los directivos comprendan la magnitud del problema de la calidad, determina con precisión las oportunidades para mejorar y mide los progresos que se están realizando con las actividades de mejora.

El sistema de CMC tiene que ir acompañado de un proceso de mejora eficaz que reduzca los errores que se están cometiendo tanto en las áreas administrativas como en las de producción y prestación del servicio.

Ventajas de un sistema de costos de mala calidad

Un sistema de costos de la mala calidad tiene que ir acompañado de un proceso de mejora eficaz que utilice los datos de los costos de mala calidad (CMC) para dirigir los esfuerzos y medir los progresos realizados, lo cual tiene las siguientes ventajas:

Proporciona una entidad manejable. Cambia la calidad: de ser un término abstracto, la convierte en una entidad manejable. Poniendo la calidad en una unidad tangible (dinero) hace que la dirección sopesa la magnitud de los problemas de la calidad y les dé la prioridad correcta.

Los CMC proporcionan a la dirección una visión de lo que la falta de calidad le cuesta a la institución. La primera reacción será de sorpresa, luego de incredulidad y posteriormente de darse cuenta de que por primera vez se les ha suministrado una herramienta que les permite gestionar adecuadamente un elemento que tiene un gran impacto sobre la rentabilidad y ahorro presupuestal de la institución.

Proporciona una visión única de la calidad. Permite que la situación de la calidad total de la institución de salud se resuma y vea en función de un término común. Cuando los muchos y variados informes, terminologías y entradas se reúnen en función del dinero, se pueden acumular, agrupar y resumir para obtener un cuadro comprensivo del costo de la mala calidad de la institución, esto es importante porque habrá que definir en cada servicio del hospital (consulta, lavandería, alimentación, quirófano, etc.), cómo están haciendo las cosas, dónde se están haciendo mal y lo que esto ocasiona.

Proporciona un medio para medir los cambios. Proporciona la manera de encontrar el punto óptimo operativo provisional del sistema de calidad. Cuando la dirección tiene muchas solicitudes de presupuesto de sus áreas, el sistema del CMC proporciona la información necesaria para saber en dónde invertir los recursos de que se dispone, que aquí puede ser en capacitación, mejoras de equipo, etc.

Habrá que definir en cada servicio del hospital cómo están haciendo las cosas, dónde se están haciendo mal y lo que esto ocasiona.

El sistema del CMC proporciona la información necesaria para saber en dónde invertir los recursos de que se dispone.

El sistema del CMC proporciona la manera de medir el rendimiento de las inversiones en la calidad y ajustar las mismas para satisfacer las actuales necesidades cambiantes, sobre todo en servicios donde se detecte que estaba haciendo mal su trabajo.

Proporciona un sistema de prioridades para los problemas. Ayuda a dar prioridades entre las actividades correctivas. Los problemas más visibles o incluso los que ocurren con más frecuencia, no siempre son aquellos cuya solución proporcióna mayores beneficios.

Alinea la calidad con los objetivos de la institución. Asegura que los objetivos de calidad estén alineados con los fines y objetivos de la institución. Con frecuencia, algunos directivos impulsan objetivos por interés propio, olvidándose de la verdadera razón por lo que la institución está en el negocio: dar servicios con beneficios y a un costo razonable.

Un servicio de calidad es el que el usuario recibe y se siente cuando lo necesita; asimismo, tiene un costo a un nivel que representa valor para el usuario.

Un servicio de calidad tiene que mantener estos requisitos y, si lo hace, tendrá un impacto importante sobre el incremento de los beneficios y prestigio que tanto necesitan las instituciones de salud y de la participación de la misma en el mercado de salud.

Distribuye correctamente el presupuesto para obtener los máximos beneficios. La mayoría de las instituciones gastan demasiado dinero en la evaluación, descuidando el de prevención.

En algún punto hay que dejar de enseñar a la gente y ponerla a trabajar para producir buen servicio. El sistema del CMC proporciona la manera de evaluar la eficacia con que se utiliza este dinero crítico.

Introduce la calidad en la sala de juntas. Contribuye a la comunicación eficaz entre la coordinación de calidad y la alta dirección, ya que el dinero es el lenguaje común para todos los trabajadores de salud.

Mejora el uso eficaz de los recursos. Como el CMC transforma los problemas de calidad en oportunidades para ahorrar dinero, los departamentos operativos de la institución tienen una herramienta eficaz para poner de relieve los problemas que proporcionen el mayor rendimiento a la institución, sobre todo se traduce en ahorros.

Combinando los datos del sistema de CMC con el análisis de un diagrama de Pareto se obtiene una guía para dar prioridades a las acciones correctivas, informando en dónde, cuándo y cuánto invertir.

Incrementa los beneficios de la institución de salud. La reducción del CMC es una de las mejores maneras de incrementar los beneficios de la institución de salud, ya que cada peso del CMC que se gasta sale directamente del presupuesto de la institución y cada peso que se ahorra en el CMC ingresa directamente a la institución y puede ser gastado en mejoras sustanciales.

La verdadera razón por lo que la institución está en el negocio: dar servicios con beneficios y a un costo razonable.

El sistema del CMC proporciona la manera de evaluar la eficacia con que se utiliza este dinero crítico.

Combinando los datos del sistema de CMC con el análisis de un diagrama de Pareto se obtiene una guía para dar prioridades a las acciones correctivas.

Aporta un nuevo énfasis para hacer bien el trabajo todas las veces. Cuando los empleados dejan de considerar la repetición de estudios como errores o defectos y comienzan a verlos como dinero, las cosas comienzan a cambiar.

Los jefes de departamento son los responsables de hacer que surja este cambio en la forma de pensar. Esto se puede conseguir revisando con los empleados el informe sobre el CMC del departamento. Es muy importante conseguir que los empleados piensen en el impacto financiero que tienen sus errores sobre el presupuesto de la institución, involucrarlos en cuánto cuesta volver a hacer las cosas.

Ayuda a establecer nuevos procesos. Al tener una visión financiera de los procesos actuales, se pueden diseñar nuevos procesos de manera que se eliminen las operaciones que tienen un costo elevado de evaluación y de corrección.

Con frecuencia, los datos del sistema de CMC se utilizan para justificar nuevos o más equipos de cómputo e instrumentos de medición para la inspección, mejorar la transportación o justificar nuevos equipos para los procesos. La única manera en que se pueden eliminar los errores es centrándose en el sistema, no en las personas. Las personas trabajan dentro de las limitaciones que le impone el sistema.

Proporciona una medida de las mejoras realizadas. La reducción del porcentaje de los CMC respecto al costo total del servicio, es la única medida que puede evaluar eficazmente las acciones y los procesos de mejora.

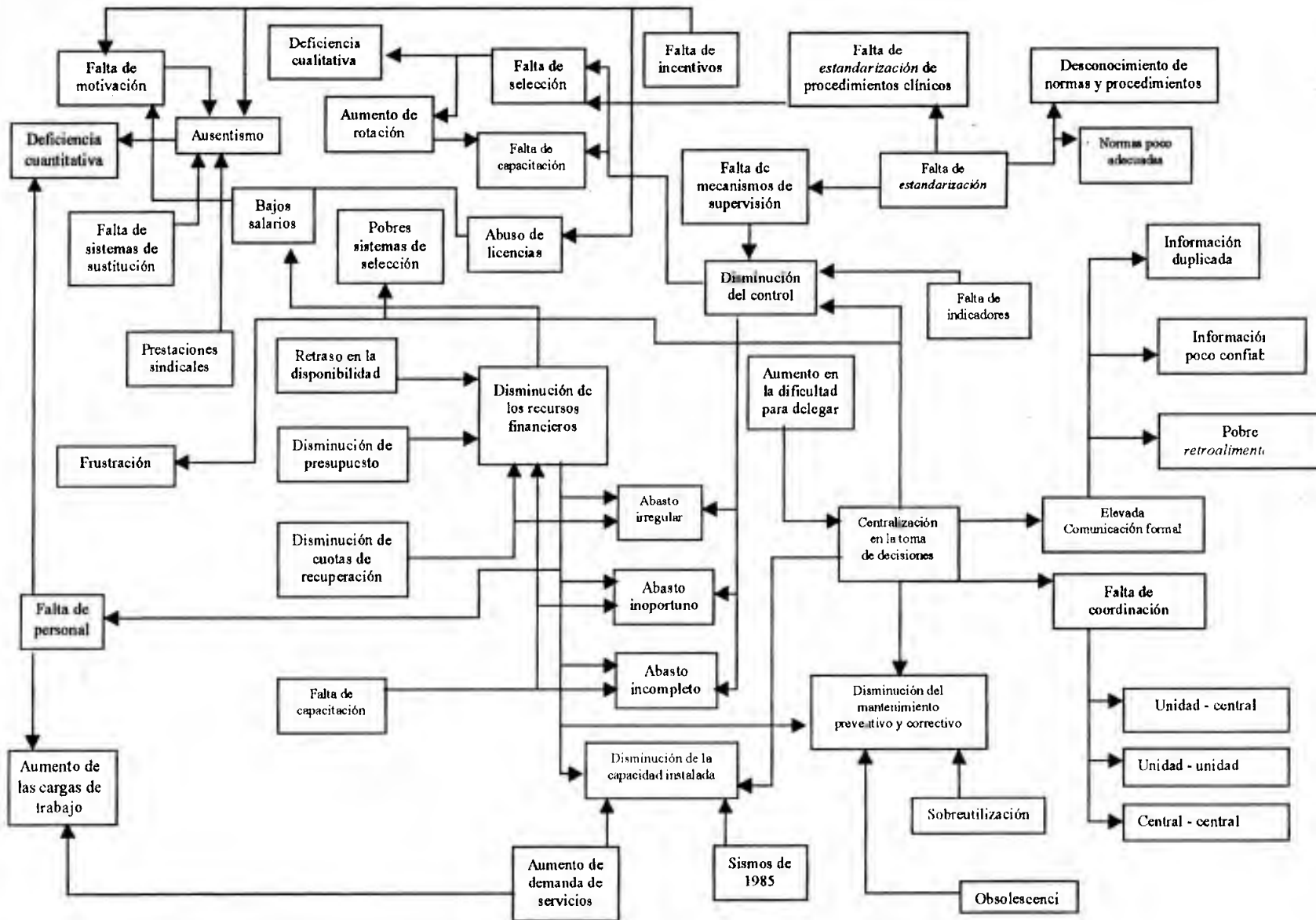
Para competir hoy, una institución de salud tiene que seguir mejorando sus servicios, tanto para sí misma como para sus usuarios.

A continuación se muestra un cuadro donde se señalan los elementos que influyen para acrecentar el costo de la mala calidad de los servicios médicos, tomado del libro "Economía y Salud", editado por la Fundación Mexicana para la Salud.

Al tener una visión financiera de los procesos actuales, se pueden diseñar nuevos procesos de manera que se eliminen las operaciones que tienen un costo elevado de evaluación y de corrección.

CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Caracterización cualitativa de los problemas percibidos por los médicos directivos



Bibliografía

Fundación Mexicana para la Salud, *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. No. 8* Documentos para el análisis y la convergencia. Economía y Salud 1994.

Kumate Jesús y Guillermo Soberón, *Salud para todos: ¿utopía o realidad?* El Colegio Nacional. México, 1989.

Nussbaum C *Martha* y Amartya Sen (Compiladores). *La Calidad de vida*. 1996. Fondo de Cultura Económica.

Stoner A. F James Jr., R. Edward Freeman, Daniel R. Gilbert *Administración*. Pearson. Prentice Hall.

EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

SEGUNDO AVANCE DEL TRABAJO FINAL

(Esta actividad puede ser individual o grupal)

- A. De acuerdo a la matriz de posicionamiento determine el objetivo estratégico.
- B. Diseñe tres estrategias como máximo de su objetivo estratégico, considerando sus habilidades directivas y su área de gestión.
- C. Elabore un plan estratégico analizando la información que tiene a su disposición. Deberá incluir los aspectos económicos y basarse en las técnicas para toma de decisiones.

Extensión máxima de toda la actividad: Tres páginas.

Nota: Usted deberá enviar este avance al tutor asignado al inicio del Diplomado para el trabajo final.

Módulo 6: Evaluación

económica

INTRODUCCIÓN

El módulo de evaluación económica se compone de dos partes: evaluación microeconómica y evaluación macroeconómica, se pondrá más énfasis en la primera parte debido a su importancia y utilidad para problemas de salud. Para hacer más accesible la lectura de los temas, no se plantea la formulación matemática, ni el desarrollo de fórmulas que conlleven los conceptos económicos planteados. Por lo que se sugiere al participante que quiera profundizar consulte la bibliografía utilizada.



OBJETIVO

- Utilizar los criterios de evaluación económica para la toma de decisiones.

PALABRAS CLAVES

Análisis de eficacia	Costo marginal
Análisis de efectividad	Costos semifijos
Análisis de disponibilidad	Costos variables
Análisis de factibilidad	Efectos directos e indirectos
Análisis costo- beneficio	Eficiencia
Análisis costo- efectividad	Evaluación <i>ex-ante</i>
Análisis costo- utilidad	Evaluación <i>ex-post</i>
Beneficios	Evaluación microeconómica
Consecuencias	Evaluación macroeconómica
Costos de oportunidad	Excedente
Costos directos	Ganancia neta
Costos fijos	<i>Minimización</i> de costos
Costos indirectos	Políticas públicas
Costos intangibles	Racionalidad

Temas

1. Evaluación económica en el campo de salud.
2. Evaluación macroeconómica y las políticas públicas. Ejemplo de aplicación.

Autora de todos temas: G. Esthela Redorta Zúñiga.

Tema 1. Evaluación económica en el campo de salud

Por G. Esthela Redorta Zúñiga

Resumen

En este tema se plantean algunos aspectos conceptuales económicos para entender la evaluación económica a nivel micro. Se definen los tipos de costos y la diferencia de los costos económicos y costos contables. Se exponen las técnicas costo beneficio, costo efectividad, costo eficacia y costo minimización, con sus características distintivas de cada uno de los métodos.

Se hace hincapié en el plazo de los costos y los beneficios dónde se ve la tasa de descuento, el valor presente y el costo de oportunidad. También se incluye un cuadro resumen de las diferentes técnicas de evaluación sobre el tipo de medida de los costos y las consecuencias. También se presentan en para su análisis ejemplos aplicados para cada una de las técnicas de evaluación microeconómica.

Tema 1. Evaluación económica en el campo de salud

Por G. Esthela Redorta Zúñiga

¿Qué es la microeconomía y la macroeconomía?

La microeconomía es el análisis del mercado, es decir, el análisis del comportamiento del mercado y de los consumidores. En cambio, la macroeconomía se refiere al comportamiento de la economía en su conjunto y la interrelación o intercambio con otras economías: oferta y demanda agregada, cuentas nacionales, exportaciones e importaciones, el estudio de la macroeconomía contempla el comportamiento de los llamados indicadores macro tales como: índice de inflación, déficit en cuenta corriente, etc. y diferentes modelos o técnicas econométricas. Aunque para la evaluación económica es difícil hacer una separación tajante entre lo macro y lo micro. En muchos casos se interrelacionan y se vuelve parte de uno y de otro, lo macro es parte de lo micro y viceversa. En esta primera parte nos dedicaremos fundamentalmente al análisis microeconómico.

Evaluación económica en el campo de la salud

Definiremos a la evaluación económica como: “el análisis comparativo del desarrollo de las alternativas en términos de sus costos y consecuencias”. Entonces, el objetivo principal de la evaluación económica es identificar, medir, valorar y comparar los costos y consecuencias de las alternativas consideradas (Drumond MF, Stoddart GL, Torrance GW, 1987).

Desde una perspectiva más amplia, el análisis microeconómico consiste en el análisis del comportamiento del mercado: oferta, demanda, competencia, precios, comportamiento de los consumidores y su disposición a pagar o a ahorrar dependiendo de la tasa de interés que prevalece en el mercado, etc. También comprende un conjunto de técnicas de evaluación tales como costo beneficio, costo eficacia, costo efectividad, costo minimización, que evalúan los costos y los beneficios en términos de una maximización de los beneficios sociales al menor costo posible.

En la evaluación económica se tiene la necesidad de establecer prioridades, también se centra en opciones y alternativas y también tenemos implícito el problema de la optimización de recursos sujeto a las restricciones presupuestales de la sociedad.

El objetivo principal de la evaluación económica es identificar, medir, valorar y comparar los costos y consecuencias de las alternativas consideradas.

La evaluación económica consiste en maximizar el beneficio social total, al mismo tiempo, los beneficios y los costos incluyen no solo beneficios directos y los costos a los individuos y a las organizaciones, sino que también considera los costos y beneficios indirectos generados a través de externalidades o de efectos consecuentes al proyecto que se quiera evaluar.

La evaluación económica consiste en maximizar el beneficio social total.

Es decir, en términos generales, consiste en la maximización de:

$$W = BST - CST$$

Donde W=ganancia neta en bienestar, BST=Beneficio social total y CST costo social total.

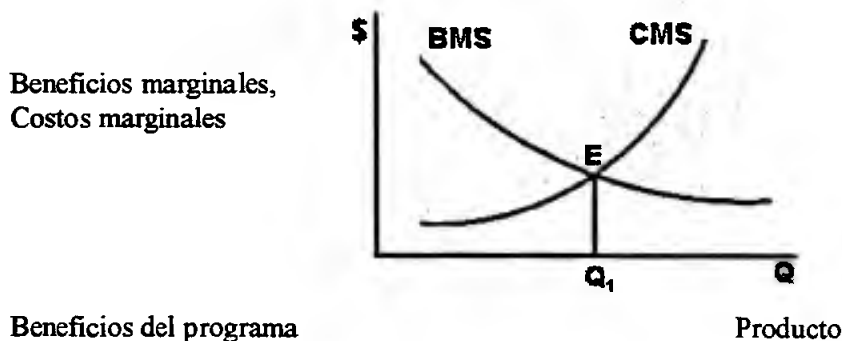
La necesidad de establecer prioridades surge del hecho de que no todas las enfermedades pueden ser erradicadas ni se puede satisfacer todas las necesidades médicas de la población, debido principalmente a la escasez de recursos y a la limitación presupuestal que enfrentan los países en el mundo. La decisión que se tome debe estar siempre enfocada a administrar los recursos de tal forma de evitar que se distorsionen los beneficios, lo que en ocasiones implica la reasignación de los recursos, la focalización de nuevos recursos limitados o un recorte en el uso de los ya existentes (Jamison, Mosley, Measham, Bobadilla, 1993).

La necesidad de establecer prioridades surge del hecho de que no todas las enfermedades pueden ser erradicadas ni se puede satisfacer todas las necesidades médicas de la población.

La evaluación económica se centra en la identificación de diferentes alternativas, o subsecuentes cursos de acción posibles en una situación de elección y la necesidad de compararlas en términos de su eficiencia social, en la medida y valoración de los efectos que se supone tienen una relación directa con el bienestar.

La evaluación económica se centra en la identificación de diferentes alternativas.

Figura 1
Maximización del bienestar



BMS= Beneficios marginales sociales
 CMS= Costo marginal social
 Q= Cantidad
 E= Equilibrio

En un mercado de competencia perfecta, el punto de eficiencia donde se maximiza el bienestar es aquel donde el costo marginal es igual al precio, lo que significa que el objetivo de bienestar se maximiza cuando el valor marginal o costo marginal que da el consumidor a la última unidad iguala el costo social de oportunidad de los recursos utilizados para producir esa unidad (Webb, 1979. Citado en: Ferguson B., Palmer S., 1994.).

El costo marginal se define como el cambio en el costo total cuando tienen lugar un cambio unitario en el nivel de producción. Este concepto es el más importante para la evaluación económica, más adelante se retoma este concepto.

Es necesario recalcar algunos aspectos esenciales derivados del esquema general anterior y que son las herramientas necesarias para el análisis de proyectos específicos:

- Los métodos de evaluación económica requieren que los diferentes supuestos queden expresados de forma explícita para facilitar la toma de decisiones. Más aún, se considera conveniente realizar el análisis del proyecto específico del que se trate con diversos métodos para contar con una visión integral del estudio.
- Los diversos métodos de evaluación implican diferentes supuestos de la función de utilidad social.
- La decisión relevante estará basada en la comparación de costos marginales y beneficios marginales.
- Para determinar cuál de las dos o más alternativas tiene mayores beneficios es necesario hacer un análisis comparativo. Al realizar una evaluación económica, se analizarán las variables que afectan al proyecto así como a los beneficios obtenidos y si estos superan a los costos en los que se incurre para cada una de las alternativas.

Los diversos métodos de evaluación implican diferentes supuestos de la función de utilidad social.

Las prioridades no son una variable estática, siempre están cambiando. Establecer prioridades para obtener el mayor valor de los recursos debe estar basado en consideraciones de beneficios y costos. Utilizar los recursos escasos significa, por definición, dejar a un lado la oportunidad de utilizarlos en otra cosa; tener beneficios en un proyecto implica dejar de tenerlos en otro. Establecer prioridades implica el desarrollo de un análisis y procedimientos que aseguren que la política que se seleccionó como prioritaria es la que genera los mayores beneficios por cada peso adicional gastado. (Jamison, Mosley, Measham, Bobadilla , 1993).

Las prioridades no son una variable estática, siempre están cambiando.

En salud, algunos ejemplos de alternativas pueden ser el gastar más recursos en salud preventiva, contra dar soporte adicional al cuidado curativo de enfermedades agudas, contra invertir en investigación médica. Incluso en casos de acciones de regulación, donde el gasto del gobierno puede ser relativamente pequeño, se deben evaluar los efectos de la regulación contra los recursos empleados en ella. En ocasiones no se cuenta con algún otro proyecto específico a analizar, sin embargo, siempre se debe considerar la alternativa existente de no realizar el proceso (Drumond, Stoddart, Torrance, 1987.), en cuyo caso, la evaluación se realiza comparando dos opciones, que una de ellas es la opción de no hacer nada y la cual también implica costos.

Medición de los costos y los beneficios

Clasificación de los costos

Para el análisis de los costos existen dos enfoques y tipos de costos: los costos económicos y los costos contables. Los costos económicos incluyen a los costos contables.

Los costos económicos, en comparación con los costos contables, incluyen los costos del tiempo y esfuerzo del propietario o dirigente de la organización. También los costos de oportunidad del capital, incluyen los costos del tiempo y el esfuerzo, para invertir a la mejor tasa de interés en el mercado.

Los costos económicos, en comparación con los costos contables, incluyen los costos del tiempo y esfuerzo del propietario o dirigente de la organización.

Costos directos: son los recursos destinados expresamente para realizar la actividad.

- Costos de capital
- Equipo energía
- Salarios al personal de salud

Costos indirectos: todos aquellos costos que son imputables a los pacientes y sus familiares, pero no directamente, cualitativamente y no cuantitativamente. Por ejemplo:

- El tiempo perdido en el trabajo
- Costos psicológicos o anímicos.

Costos intangibles: son incuantificables, es decir, se miden cualitativamente y no cuantitativamente: dolor, temor.

Costos fijos (CF): se consideran costos fijos a aquellos que no pueden ser reducidos, no importa cuál sea el nivel de producción. Es decir, son una función del nivel de producción. (Miller RL. 1980). Los costos no varían con el nivel de actividad dentro de la escala y periodo de tiempo de evaluación.

- Los costos de administración, calefacción, luz, mantenimiento.

El comportamiento de este tipo de costos lo podemos observar en Figura 2.

Costos semifijos (CSF): estos costos no varían con la actividad hasta que la capacidad sea alcanzada. A la capacidad, los costos se incrementan en cantidades discretas.

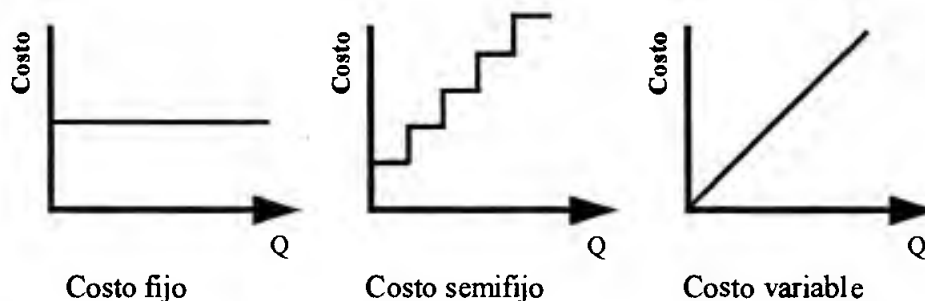
- Complemento de servicios de enfermería, personal médico. (Figura 2).

Costos variables (CV): son aquellos costos derivados de utilizar insumos variables en el proceso productivo. Es decir, son una función del nivel de producción. Los costos variables comprenden los salarios totales, los pagos por materias primas, etc. (Miller RL., 1980). Son los costos que varían directamente con los cambios en la tasa de actividad.

- Medicina, ropa, alimentos. (Figura 2).

Costo de oportunidad: en economía, el costo relevante para la toma de decisiones de utilización de recursos es el costo de oportunidad, que es el beneficio perdido por no usar los recursos en la mejor alternativa, es decir, las oportunidades que se han perdido al dedicarse a una actividad y prescindir de otras (Samuelson, 1981).

Figura 2



Costo marginal (CMg): El concepto de costo marginal (o incremental) y es un concepto de costos económicos que involucra a los costos fijos, semifijos y variables. A partir de ahí se puede obtener el costo total (CT), el costo promedio (CMe). El costo marginal se define como el cambio en el costo total cuando tiene lugar un cambio unitario en el nivel de producción. Es el más relevante para la evaluación económica.

El costo marginal se define como el cambio en el costo total cuando tiene lugar un cambio unitario en el nivel de producción. Es el más relevante para la evaluación económica.

La metodología para hacer un análisis de costos es:

$$\text{Costo total (CT)} = \text{CF} + \text{CV} + \text{CSF}$$

$$\text{Costo promedio (CP)} = \text{CT} / \text{Q}$$

$$\text{Costo marginal (CM)} = d(\text{CT}) / d(\text{Q})$$

Donde Q= cantidad
d= derivada

Es importante definir la escala de tiempo sobre la que los costos serán medidos por ejemplo, egresos hospitalarios.

Medición de los resultados

Medidas de consecuencias: el resultado puede ser medido en unidades naturales y calidad de vida.

- 1) Unidades naturales tales como: muerte prevenida, años de vida salvados, presión de sangre, tasas de admisión hospitalaria, duración de estancia.
- 2) Calidad de vida es una medida de resultado que capta el estado de salud: movilidad, dolor, angustia, función social.

Existen tres principales formas de medición del estado de salud:

- 1) Escalas de enfermedad específica.
- 2) Perfiles generales de salud
- 3) Medida de utilidad.

La medición de utilidad:

- Provee un medio de combinación de dimensiones de salud y representación de cada estado de salud mediante un puntaje individual.
- Los valores de estados de salud se derivan de pacientes clínicos o tomadores de decisiones.
- Puede pesar sobrevivencia mediante calidad de vida: Años de vida ajustados por calidad (QUALYs).

Análisis previos a la evaluación económica y distinción de las características de los diferentes métodos de evaluación

En el análisis de proyectos de salud es fundamental que las intervenciones demuestren el impacto positivo sobre la salud. Por ello, es necesario realizar, previo a la evaluación económica, tres tipos de análisis (Drumond, Torrance, 1987):

- 1) Análisis de eficacia.
- 2) Análisis de efectividad.
- 3) Análisis de disponibilidad.

También es importante definir las perspectivas de análisis y la factibilidad del proyecto como lo veremos más en detalle a continuación y se exponen las características de los distintos métodos de evaluación.

Análisis de eficacia: nos proporciona la respuesta sobre si el proyecto puede funcionar; nos dirá si el programa es más benéfico que dañino.

Análisis de efectividad: nos dice si se podrá aplicar el programa, es decir, además de considerar la eficacia del proyecto, contempla la acción que tendrá en aquellos a que está dirigido. Se investiga la mejor manera de alcanzar un objetivo deseado al mayor efecto a menor costo, es decir, el menor uso de los recursos con el máximo resultado. (ver el cuadro resumen: Figura 5).

Análisis de disponibilidad: nos permite saber si el programa realmente llega a aquellos que lo necesitan, si beneficia a aquellos a que está dirigido.

Análisis costo beneficio: investiga si los beneficios de un proyecto o programa exceden sus costos. Analiza los cambios en el uso de recursos. Contempla la evaluación económica de los efectos en salud y los cambios en la calidad de vida en términos monetarios. La medición de los resultados siempre son beneficios en dinero.

Análisis costo utilidad: de las demás técnicas, se diferencian entre sí por la forma

En el análisis de proyectos de salud es fundamental que las intervenciones demuestren el impacto positivo sobre la salud.

que miden los efectos sobre la salud de las opciones evaluadas. Este tipo de análisis es apropiado cuando las opciones comparadas tienen efectos sobre la supervivencia como sobre la calidad de vida. (Años de vida ganados, DALYS, etc., para esta metodología ver Informe Banco Mundial, 1993).

Definir las perspectivas de análisis: antes de determinar cuáles son los componentes básicos para el análisis, es necesario definir el **punto de vista** del estudio; es decir, definir a qué nivel se evaluarán los beneficios y costos: hospital, institución o la sociedad en su conjunto, entre otros. Además se debe considerar que a diferencia de otros sectores de la economía, el sector público, y aún más, al sector salud, incorporan una amplia perspectiva social en los costos y los beneficios.

Análisis de Factibilidad: el proyecto debe de incluir un análisis de factibilidad para ver si se puede llevar a cabo, o sea, si es factible. Los pasos básicos para analizar sistemáticamente la factibilidad de un proyecto son:

- Definir el problema general que interesa y el objetivo específico al emprender su solución.
- Identificar instrumentos alternativos.
- Identificar, medir y evaluar costos y beneficios de cada alternativa.
- Comparar las alternativas según criterios establecidos previamente.
- Analizar los resultados y obtener las conclusiones del análisis.

Como se dijo anteriormente existen diversos métodos de evaluación que implican diferentes supuestos de la función de utilidad social.

Análisis costo-beneficio

Es la técnica más general para la evaluación de proyectos. Se basa en el supuesto de que la totalidad de beneficios asociados a un proyecto estarán expresados en términos monetarios. De esta forma, las técnicas más factibles son aquellas que rinden mayores beneficios. Permite medir el beneficio neto en términos absolutos, permitiendo comparar la totalidad de los recursos invertidos con la totalidad de los beneficios obtenidos.

En términos generales las valoraciones que deben hacerse en todo análisis costo-beneficio se engloban en cuatro rubros principales:

- La valoración relativa de diversos costos y beneficios en el momento que ocurren.
- La valoración relativa de costos y beneficios que ocurren en distintos momentos: el problema de la preferencia del tiempo y el costo de oportunidad del capital.
- La valoración de resultados arriesgados.
- La valoración de los costos y beneficios que afectan a individuos de ingresos diferentes.

El principio rector para medir correctamente consiste en enlistar todos los costos y tener en cuenta todas las partes afectadas por el proyecto, para poder evaluar así los resultados arriesgados, que representan una parte muy importante del proyecto.

Es la técnica más general para la evaluación de proyectos. Se basa en el supuesto de que la totalidad de beneficios asociados a un proyecto estarán expresados en términos monetarios.

Al mismo tiempo, valorar el efecto del proyecto sobre el bienestar del individuo tal como las partes implicadas en el proyecto lo habrían valorado en términos monetarios.

El excedente de los consumidores y la inclinación a pagar

La suma de las diferencias entre el máximo que están dispuestos a pagar los consumidores y lo que realmente pagan. Para la aplicación del análisis costo-beneficio es necesario hacer las siguientes estimaciones:

- Valoración de sus ganancias.
- Valoración de sus pérdidas.
- Estimación de la demanda.
- Nivel de precios.
- Cambios en los precios.
- Nivel de producción.

Criterios para la determinación de la ganancia de bienestar

- Uno de los criterios está basado en el modelo económico de Pareto: Sumar todos los ingresos netos de todos los individuos implicados y apoyar el proyecto si tales ingresos son positivos sólo cuando se pague una compensación a los perdedores (óptimo de Pareto, donde todos ganan). Con este criterio no se realizaría ningún proyecto.
- El segundo criterio está basado en la teoría económica de Hick y Kaldor que consiste en que se puede apoyar un proyecto si los ganadores pudieran compensar a los perdedores, aunque no realicen el proyecto. Cuando no se paga la compensación son inevitables las comparaciones interpersonales del valor de las ganancias y las pérdidas de cada individuo (Hicks y Kaldor) Con este criterio se presenta el problema de la distribución del ingreso. El evaluador tendrá simplemente que mostrar los beneficios netos de cada una de las partes involucradas y dejar que el responsable de la política o tomador de decisiones aplique su propia valoración.

De acuerdo al segundo criterio de la compensación potencial, según el cual, si aquellos que ganan al pasar de B a A pueden compensar a los que pierden, a fin de que acepten el cambio, se puede afirmar que A es socialmente superior a B, aunque en la realidad no se lleve a cabo la compensación. Este marco teórico se refleja en los estudios de evaluación económica, en los que, para determinar el bienestar, se tienen en cuenta los efectos - costos y beneficios - sociales, es decir, todos los que se derivan de un curso de acción, cualquiera que sea el individuo sobre el que recaigan. El efecto social neto no es más que la suma de dichos efectos, positivos y negativos. La justificación de este enfoque se deriva del anterior criterio de compensación potencial: si los efectos positivos son en términos absolutos mayores que los negativos, ello significa en términos absolutos que la ganancia de los que ganan es mayor que la pérdida de los que pierden, y, por lo tanto, los primeros podrían compensar a los segundos. (Badía y Rovira, 1994).

Los indicadores para la medición en términos monetarios son:

- Cálculo del excedente (productores o consumidores).
- Estimación del excedente de los consumidores (que se entiende como el ahorro de los consumidores) por la producción generada.
- Calcular los beneficios netos (beneficios menos costos).
- Obtener valores presentes (más adelante se plantea la metodología).
- Emplear algún criterio o sistema de distribución del ingreso.

Para la medición de costos y beneficios es importante calcular el valor presente vs tasa interna de rendimiento. La maximización del valor presente del consumo consiste en:

- Escoger todos los proyectos con valores presentes positivos o,
- Si hay dos o más proyectos mutuamente excluyentes, escoger el que tenga el valor presente más alto.

El racionamiento del capital es un elemento importante para la evaluación de proyectos y consiste en seleccionar los proyectos por orden de su valor presente por unidad de costo restringido, hasta que desaparezca la restricción del costo.

El tratamiento del riesgo

El riesgo que está presente en cualquier proyecto y el tratamiento del riesgo involucra el comportamiento humano hacia el riesgo, para el análisis económico se considera que:

- Los individuos maximizan su utilidad esperada.
- Existe un costo del riesgo y es el valor que el individuo asigna realmente a la perspectiva incierta.
- Se puede asignar un valor a las consecuencias del desastre.

El riesgo que está presente en cualquier proyecto y el tratamiento del riesgo involucra el comportamiento humano hacia el riesgo.

La distribución del ingreso

La distribución del ingreso es un criterio que debe estar contemplado en el análisis costo-beneficio. Dado un conjunto de acciones disponibles, se deben escoger aquellas que maximicen el bienestar social.

Al considerar la política de distribución del ingreso se debe considerar una asignación eficiente de los recursos y asegurar la distribución justa de los mismos.

En economía, la maximización restringida del consumo total está sujeto a algún consumo mínimo, para un grupo o región de pobres. O bien, el consumo de los pobres puede maximizarse sujeto a algún consumo total mínimo. Si el gobierno tratara de maximizar la suma de utilidades individuales, y al tener un ingreso nacional dado por distribuir, necesitaría igualar la utilidad marginal del ingreso de todos los individuos, es decir, buscaría una igualdad completa del ingreso haciendo los impuestos equitativos.

Precios sombra de productos de mercado

Los problemas o distorsiones que se presentan en la estimación de los precios se manejan mediante los precios sombra:

- En el caso de productos de mercado, los precios del mismo mercado pueden estar modificados, por ejemplo, por medio de impuestos o a causa del monopolio o estos precios reflejar desequilibrios de mercado: problemas de desempleo o de balanza de pagos.
- En el caso de los productos que no van al mercado (incluidos bienes públicos y los efectos externos de los productos del mercado). El precio de los bienes que no se venden en el mercado, tales como la recreación, la vida, el tiempo, es decir, se necesita otros métodos de evaluación para:
 - Valorar el tiempo.
 - Valorar actividades de recreación.
 - Valor de la vida, etc.

Existen varios enfoques para la valoración de la vida para una economía:

- Pérdidas de vidas
- Ahorro de vidas

Por ejemplo una evaluación económica sería:

- Cálculo del valor presente, descontando las pérdidas de vidas.
- Valor que se le asigna a una vida basado en los ingresos futuros.
- Valor del estado de salud actual.

Es en esta etapa, donde entra la conveniencia de utilizar el análisis costo eficacia.

El método del capital humano

Sobre la base de la teoría sobre el capital humano (Gary Becker, 1975) ante la dificultad de asignar un valor monetario a la vida humana, se puede emplear el método del capital humano. Este método nos sirve tanto para el análisis costo-beneficio, como para el análisis costo-efectividad.

Se entiende al capital humano como un conjunto de capacidades y habilidades productivas de los individuos.

Este enfoque toma en cuenta el valor de los beneficios monetarios personales, así como la productividad económica que permiten los recursos humanos. Por ejemplo:

- Al evitar que una enfermedad fatal o debilitante, o
- Con la aplicación de un programa que permita que la población mantenga o mejore su salud.

Existen varios enfoques para la valoración de la vida para una economía:

- *Pérdidas de vidas*
- *Ahorro de vidas*

Ante la dificultad de asignar un valor monetario a la vida humana, se puede emplear el método del capital humano.

Se entiende al capital humano como un conjunto de capacidades y habilidades productivas de los individuos.

- Que los individuos permanezcan productivos como mano de obra.

El valor de su contribución económica, medida como ingreso, constituye el valor de la evitación de la pérdida del trabajo.

En resumen, se conceptúa al ser humano como una inversión de capital cuyo único propósito es la producción económicamente rentable. Este beneficio indirecto se suma al ahorro de recursos de la atención médica para determinar los beneficios totales. (Warmer y Luce, 1995).

Se conceptúa al ser humano como una inversión de capital cuyo único propósito es la producción económicamente rentable.

El plazo de costos y beneficios

Para hacer la evaluación de un proyecto es muy importante tomar en cuenta el plazo. Las razones para escoger entre un proyecto y otro serían:

- Que la tasa sea positiva del plazo de preferencia.
- Tomar en cuenta la tasa de descuento.

El análisis de las razones para descontar son:

- Miopía.
- Incertidumbre.
- Oportunidades de inversión.
- Expectativas de crecimiento económico.

¿Cuál de los dos proyectos escogería usted?

BENEFICIOS DEL PROYECTO Y GANANCIAS

Año	0	1	2	3
Proyecto A	C=\$10	-	-	B=\$500
Proyecto B	0	-	C=\$100	B=\$500

C = costo

B = beneficio

Tasa de Descuento

La tasa de descuento es el crecimiento del valor presente en el futuro. Por ejemplo: \$100 invertidos ahora a una tasa de interés (r %) por año valdrá \$100 (1+r) elevado al cuadrado en el año n. (Figura 3)

**Figura 3. EL PLAZO DE COSTOS Y BENEFICIOS
MÉTODO DE DESCUENTO**

Crecimiento del valor presente en el futuro

Año	0	1	2
Proy A	\$100	\$100 (1+r)	\$100 (1+r) (1+r)
Proy B	\$100	\$110	\$100 (1+r) ² 121

\$100 invertidos ahora a r% por año valdrá \$100 (1+r)² en año n

Valor presente
Equivalencia de un valor presente

Año	0	1	2
			\$100
			$100 = (1+r)^2$
Proy A	$VP = \$x / (1+r)^2$		$= \$x$
Proy B	$VP = \$100$		$= \$121$

El valor presente de \$x a ser pagado (o recibido) en el año n es:

$$VP = \$x / (1+r)^n$$

La tasa de descuento puede ser:

- Tasa individual de plazo de preferencia.
- Tasa social del plazo de preferencia.

Por ejemplo, en el sistema de salud inglés, todos los proyectos de inversión de descuentan al 6%. En México, la tasa de descuento estaría alrededor de 3%. (Banco Mundial, 1993).

Beneficios del Descuento

Beneficios del proyecto: Muertes prevenidas

Año	0	1	2	3	4
Proyecto A	0	10	10	10	10
Proyecto B	0	0	0	5	40

Se puede observar el valor presente de los costos es el mismo. Los argumentos miopía, incertidumbre, oportunidades de inversión, expectativas de crecimiento se aplican a los beneficios.

Es importante en un proyecto tener en cuenta:

- Si los beneficios no se descuentan, el proyecto con los beneficios más grandes siempre se preferirá, sin tener en cuenta cuando los beneficios se presenten.
- Si los beneficios son descontados, puede ser óptimo seleccionar un proyecto que ofrece bajos beneficios si estos pueden alcanzarse antes.

La regla del valor presente contra la tasa interna de rendimiento

La maximización del valor presente de consumo consiste en escoger todos los proyectos con valores presentes positivos o, si hay dos o más proyectos mutuamente excluyentes, escoger el que tenga el valor presente más alto.

El valor presente de una corriente de costos se expresa:

$$VP = \$x + \$x(1+r) + \dots + \$x(1+r)^n \text{ a la } n \text{ potencia (figura 4).}$$

La maximización del valor presente de consumo consiste en escoger todos los proyectos con valores presentes positivos o, si hay dos o más proyectos mutuamente excluyentes, escoger el que tenga el valor presente más alto.

Figura 4. EL PLAZO DE COSTOS Y BENEFICIOS
Valor presente de una corriente de costos

$$VP = \$x + \$x(1+r) + \dots + \$x(1+r)^n$$

		Ejemplo:		
Año		0	1	2
Costos (\$)	=	\$150	\$150	\$150
	=	150	+ 150 / (1.1)	+ 150 / (1.1) ²
VP (\$)	=	150	+ 136	+ 124
	=	410		

La tasa social de preferencia del tiempo y el costo social de oportunidad del capital

Para analizar la tasa social de preferencia por el tiempo y el costo social de oportunidad del capital es necesario establecer ciertos parámetros:

- Curva de posibilidades de producción
- Curva de indiferencia
- Curva de presupuesto/línea de prestar y pedir prestado.

El costo de oportunidad social del capital

Se basa en el supuesto que el gobierno puede aproximar a la economía de algún modo a la tasa óptima de ahorro e inversión. Esto se logra ya sea induciendo al sector

privado para que actúe o bien, que el gobierno actúe por cuenta propia para conseguir la tasa óptima de ahorro e inversión.

Puede presentarse el problema de que el capital de inversión, y por tanto, la inversión desplazada por algún proyecto actual que sea socialmente más valiosa que el consumo de un valor monetario equivalente. Sin embargo, se observan algunas restricciones:

- No puede lograrse la realización de todos los proyectos que debieran realizarse, pero al mismo tiempo tiene el poder de modificar la tasa global de la inversión en la economía.
- Si existe restricción absoluta del ahorro.
- Si el sector privado no realizará proyectos menos rentables que el proyecto marginal.

Tasa de interés del mercado: es la tasa de interés después de impuestos, que implica la tasa de crecimiento deseada y posibilidades de producción.

La incertidumbre y los mercados de capital imperfectos: el futuro es incierto y esto produce una multiplicidad de **tasas** de interés dependientes de los riesgos de créditos implicados.

La influencia del dinero sobre las tasas de interés: el dinero puede cambiar las tasas reales de interés a través de su efecto sobre los precios y por ende sobre la percepción que el público tiene sobre su riqueza real.

La miopía o preferencia pura por el tiempo: miopía en la valoración del individuo de **tasas** de interés *ex - ante*, que no se igualan o que no coinciden con la evaluación *ex - post*.

Efectos externos del consumo: sobre la unidad de consumo dependiendo de la valoración de quién la consuma. La unidad consumida por el individuo ahora, por su heredero, por otros ahora, por herederos de otros, etc.

El bienestar de las generaciones futuras en sí mismas: determinar el valor del proyecto para cada uno de los individuos afectados, incluidos aun los no nacidos y adicionar el valor relativo de consumo del individuo en ese momento de su vida. Entonces los problemas intertemporales se vuelven un problema de distribución.

Los supuestos relativos la curva de posibilidades de producción: primero debe decidirse la tasa de crecimiento que se desea y después investigar cual será la inversión requerida. Si tal inversión es inaceptable, se consideran diversas combinaciones de inversión y crecimiento.

El costo del capital bajo el desempleo estructural: un proyecto puede gastar una unidad en salarios, lo que reducirá la inversión en la misma cantidad. Un proyecto puede desplazar otras inversiones, no solo por su método de financiamiento, sino por los pagos que haga a factores (salarios), hasta ahora desempleados.

Análisis costo-eficacia

El análisis costo eficacia y los bienes públicos puros

Algunos bienes públicos puros en los que no se puede hacer una valoración significativa, dónde resulta difícil excluir algunos individuos de los beneficios. Por ejemplo, el costo del ruido.

Siempre que el análisis costo-beneficio resulte imposible porque no se pueda valorar los beneficios, resulta útil la comparación entre los costos; de proporcionar el mismo beneficio en formas diversas, entonces es procedente analizar la eficacia de un proyecto en términos de la comparación del costo.

La eficacia se refiere a los beneficios conseguidos de diversa índole en la población, en términos del impacto sobre la población objetivo.

La eficacia se refiere a los beneficios conseguidos de diversa índole en la población, en términos del impacto sobre la población objetivo.

Análisis costo-efectividad

El análisis costo-efectividad nos permite determinar la relación costo-efectividad entre dos alternativas unidades no monetarias, siempre y cuando se puedan comparar las alternativas en términos de una sola unidad relevante:

- Años de vida ahorrados.
- Días de morbilidad evitados.
- Días de incapacidad evitados.

Las condiciones para determinar la medida de la efectividad pueden ser de amplio alcance o de limitado alcance.

En el amplio alcance: existe un solo objetivo concluyente de la(s) intervención(es) y por lo tanto, una clara dimensión a lo largo de la cual la efectividad puede ser valorada.

En el limitado alcance: puede existir un gran número de objetivos pero es difícil que las intervenciones alternativas tengan el mismo alcance.

Para realizar un análisis costo-efectividad debemos considerar:

- Siempre toma tiempo clarificar los objetivos del programa o tratamiento.
- Si aparentemente se encuentra otra dimensión importante para la medida de “éxito”, se realizara el análisis costo-efectividad basándose en esta dimensión.
- Ser cuidadosos de que las alternativas sean evaluadas, aunque el diseño de investigación médica no lo considere.
- Mantenerse abiertos a la posibilidad de emplear formas de análisis más sofisticadas si resulta que existe más de una dimensión apropiada para evaluar efectividad.

Cualquier medida de efectividad deberá estar siempre relacionada con:

- Consecuencias intermedias tales como casos encontrados o pacientes tratados adecuadamente o preferentemente.
- Consecuencias finales en la salud tales como años de vida saludables ganados.

La fuente principal para obtener datos sobre la efectividad de un tratamiento o programa puede ser la literatura; de los datos obtenidos debemos considerar la calidad y la relevancia.

- Si no existe buena evidencia en la literatura entonces podemos:
 - Proceder haciendo suposiciones sobre algunos de los parámetros médicos, o bien,
 - Diseñar un estudio que genere la evidencia de efectividad requerida.

En general, costo-efectividad se basa en el concepto económico básico de costo de oportunidad, es decir, el verdadero costo de una actividad es el valor de una actividad alternativa que se podría haber realizado con los mismos recursos (Warner, Luce, 1995).

Análisis costo minimización

El análisis de minimización de costos requiere que todos los efectos se expresen en unidades monetarias homogéneas, lo que permite calcular el beneficio social neto. El problema que a menudo se presenta en la evaluación es que es imposible valorar monetariamente todos los efectos, ya sea por falta de información, o bien porque su valoración monetaria no es creíble. Por esta razón, en el campo de la salud se han aplicado con más frecuencia los enfoques, que no requieren la valoración monetaria la salud. Un análisis de minimización de costos puede mostrar, por ejemplo, que la introducción de un tratamiento dado supone un ahorro neto de los costos para el sector sanitario, que ello suponga un perjuicio para el paciente, lo que constituye un argumento suficiente en favor de su introducción (Badía y Rovira, 1994).

Figura 5 (Cuadro resumen: Medida de costos y consecuencias en las evaluaciones económicas)

En resumen, se puede hacer una evaluación completa o parcial, dependiendo de las características del proyecto. Una evaluación completa incluye todas las técnicas. Sin embargo, la situación más corriente en el sector sanitario, es que un nuevo tratamiento suponga una mejora para la salud, aun cuando implique un incremento neto del costo, en este caso el análisis costo efectividad, permitirá calcular, por ejemplo, el costo por año de vida ganado, como indicador eficiencia. Este indicador permite ordenar diversas opciones, pero no permite hacer un juicio sobre el interés absoluto de cada una de ellas en sí misma. El costo por año de vida ganado con el programa A es inferior al de otro programa (programa B), especialmente si éstos son sustitutos respecto al tratamiento evaluado. Sin embargo, para poder argumentar de forma concluyente dicha decisión, es preciso considerar otros factores, tales como el volumen absoluto de recursos que el programa necesita y el uso alternativo que podría darse a los recursos utilizados (Badía y Rovira, 1994).

En general, costo-efectividad se basa en el concepto económico básico de costo de oportunidad, es decir, el verdadero costo de una actividad es el valor de una actividad alternativa que se podría haber realizado con los mismos recursos.

El análisis costo efectividad, permitirá calcular, por ejemplo, el costo por año de vida ganado, como indicador eficiencia.

Figura 5
MEDIDA DE COSTOS Y CONSECUENCIAS
EN LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS

TIPO DE ESTUDIO	MEDIDA / VALORACIÓN DE COSTOS EN AMBAS ALTERNATIVAS	IDENTIFICACIÓN DE CONSECUENCIAS	MEDIDA / VALORACIÓN DE CONSECUENCIAS
Análisis Costo-minimización	Pesos	Idéntica en todos los aspectos relevantes.	Ninguna
Análisis Costo-efectividad	Pesos	Un solo efecto de interés, común a ambas alternativas, pero alcanzado en diferentes grados.	Unidades naturales (p. Ej. años de vida saludable ganados, días de inhabilidad ganados, puntos de reducción de la presión arterial, etc.).
Análisis Costo-beneficio	Pesos	Uno o múltiples efectos de interés, no necesariamente común a ambas alternativas, y los efectos comunes pueden ser alcanzados en grado diferente en las diferentes alternativas.	Pesos
Análisis Costo-utilidad	Pesos	Uno o múltiples efectos de interés, no necesariamente común a ambas alternativas, y los efectos comunes pueden ser alcanzados en grado diferente en las diferentes alternativas.	Días saludables o (más frecuentemente) calidad de los años de vida ajustada.

Si un tratamiento no tiene efectos sobre la supervivencia, su efectividad ha de medirse en términos de su impacto sobre la calidad de vida. Un instrumento muy utilizado es el “años de vida ajustado por calidad” (AVAC), que permite medir los beneficios en una escala de salud unidimensional y expresar la eficiencia en términos de costos y de AVAC. Este tipo de análisis se denomina de costo utilidad, y es el tipo de análisis apropiado cuando las opciones comparadas tienen efectos sobre la supervivencia y sobre la calidad de vida.

Si un tratamiento no tiene efectos sobre la supervivencia, su efectividad ha de medirse en términos de su impacto sobre la calidad de vida.

Comentarios generales

En el ámbito de proyectos microeconómicos se debe intentar que las evaluaciones sean completas que incluyan todas las técnicas. Pero como ya se ha dicho ante la imposibilidad de contar con información disponible suficiente de costos confiables, se tiene que recurrir a obtener los costos a través de otras técnicas o metodologías: estimaciones de forma directa e indirecta, y la metodología de precios sombra.

La aplicación del método costo-beneficio tiene grandes problemas y limitaciones, ha sido muy criticado debido a:

- 1) Que existen dificultades y arbitrariedades en la elección de parámetros para la cuantificación de beneficios y costos cuando no existe valorización en el mercado y se adjudican los denominados precios sombra o valoraciones realizadas en un contexto diferente al imperante en el ámbito nacional.
- 2) La subjetividad y falta de criterios claros para determinar la tasa de actualización social y los coeficientes de ponderación.
- 3) La tendencia a incluir en el análisis sólo las variables más fáciles de cuantificar (económicas y financieras) a pesar de su objetivo manifiesto;
- 4) La excesiva confianza en que un complicado análisis, inaccesible para muchos de los interesados y basado en cuantificaciones muy discutibles, puede conducir a una selección óptima.

Estas críticas son válidas para la evaluación micro y para la macro.

Al empezar a evaluar un proyecto, se recomienda que se intente aplicar hasta dónde se pueda la técnica costo-beneficio (dependiendo de la naturaleza del proyecto) ya que es la más objetiva y racional y después las demás técnicas.

Es importante hacer hincapié en las diferencias entre las técnicas, de tal forma, que queden claras. La diferencia entre costo-beneficio y costo-efectividad es que la primera se mide en términos monetarios y la segunda en términos de ganancia de salud (unidades de salud, por ejemplo, años de vida ganados).

La diferencia entre estas dos y el costo – eficacia, es que en ésta, de acuerdo a los objetivos, solo se pueden comparar proyectos con objetivos similares. Y por último, el costo-minimización es la más sencilla a diferencia del costo-beneficio. El costo minimización se refiere directamente a los costos, por ejemplo, que sea evidente que la introducción de un tratamiento dado suponga un ahorro neto de los costos.

En general, los métodos cuantitativos tienen una utilidad limitada para políticas amplias y más en proyectos específicos. Son de mayor utilidad los métodos no cuantitativos o indirectamente cuantitativos de interconexión con problemas específicos de salud con unidades de medida.

Ante la imposibilidad de contar con información disponible suficiente de costos confiables, se tiene que recurrir a obtener los costos a través de otras técnicas o metodologías: estimaciones de forma directa e indirecta, y la metodología de precios sombra.

La diferencia entre costo-beneficio y costo-efectividad es que la primera se mide en términos monetarios y la segunda en términos de ganancia de salud.

El costo minimización se refiere directamente a los costos, por ejemplo, que sea evidente que la introducción de un tratamiento dado suponga un ahorro neto de los costos.

Bibliografía

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial*, 1993.

Becker, GS., *Human Capital and the Personal Distribution of Income*. National Bureau of Economic Research. USA. 1975.

Badía Xavier y Joan Rovira. *Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de las decisiones en la práctica clínica y la política sanitaria*, Laboratorios DU PONT PHARMA, Barcelona, España, 1994.

Drumond, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford, University Press, 1987.

Ferguson B., Palmer S. *Markets and the NHSME, Guidelines*. Discussion Paper 120. The University de York.1994.).

Jamison D. Mosley H., Measham A., Bobadilla JL. *Disease control priorities en developing countries*, Oxford Medical Publications, 1993.

Miller R.L. *Microeconomía*. Mc Graw Hill, 1980.

Samuelson. *Curso de economía moderna*. Ed. Aguilar, Madrid España, 1981.

Wamer KE, Luce BR. *Análisis de costo - beneficio y costo - eficacia en la atención de la salud FCE*. Biblioteca de la Salud. México 1995.

Tema 2. Evaluación macroeconómica y las políticas públicas

Por G. Esthela Redorta Zúñiga

Resumen

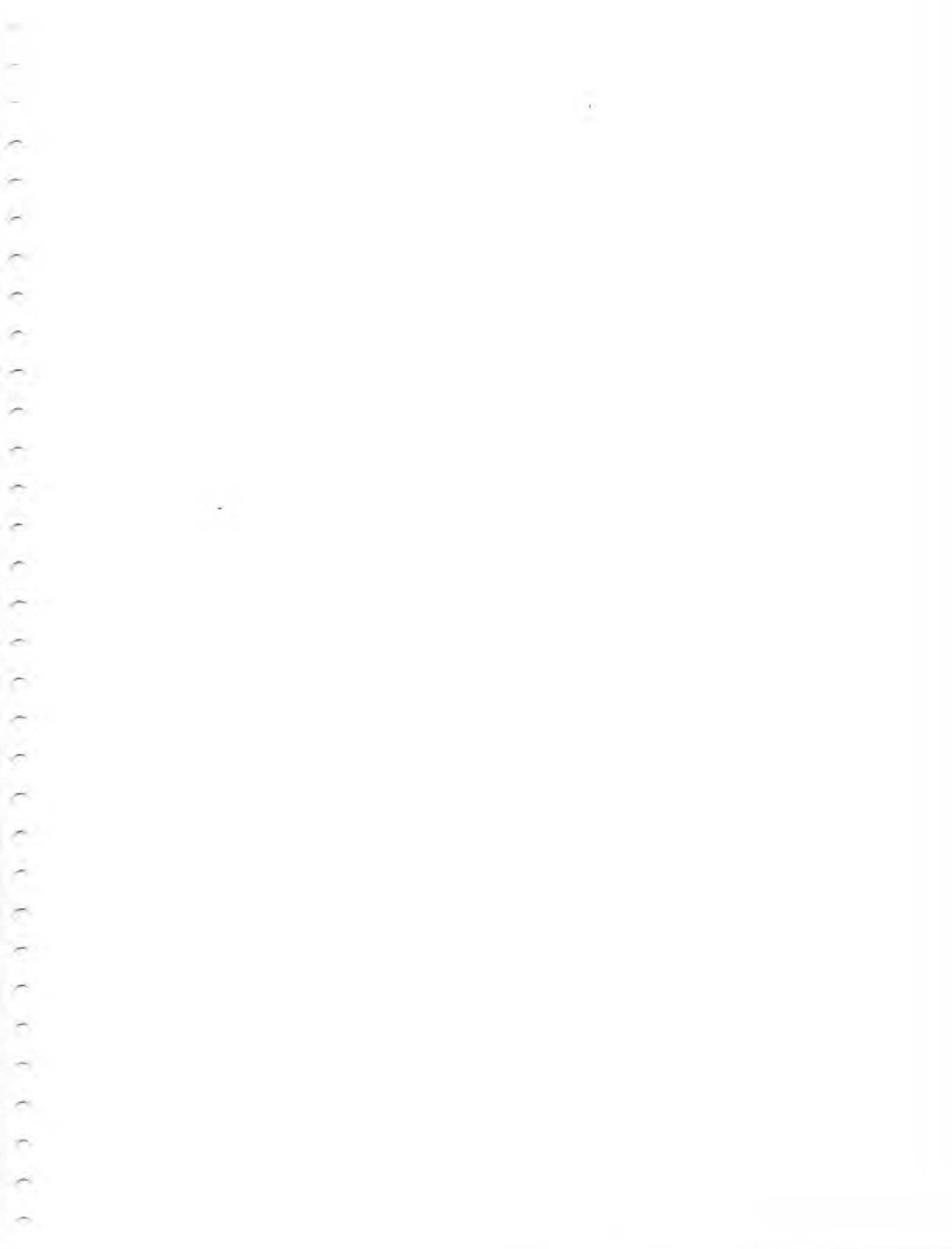
La evaluación de políticas en el ámbito macroeconómico presenta varios enfoques y técnicas de evaluación. Dentro de los enfoques está el modelo racional, donde las técnicas de evaluación son de naturaleza cuantitativa. Se exponen los tipos de evaluación que son: de medios, de realizaciones, de eficiencia, de satisfacción que se refieren a los objetivos, consecuencias, el nivel de eficiencia y de satisfacción. También se plantean los actores que realizan el proceso de evaluación.

En cuanto a los diferentes momentos de evaluación de proyectos, se presentan técnicas para la evaluación *ex - ante* y para la evaluación *ex - post*.

Para la evaluación *ex - ante*, se exponen las distintas técnicas de evaluación:

- Técnicas cuantitativas: árboles de decisión, análisis financieros, análisis costo-eficacia, análisis costo-beneficio, teoría de juegos.
- Técnicas para la generación de datos: ecuaciones en diferencias, teoría de colas, modelos de simulación, cadena de Markov, modelos de programación lineal, entera y no lineal.
- Técnicas cuantitativas no optimizadoras: análisis multicriterio o método electra.
- Técnicas no cuantitativas: modelo organizacional y modelo incrementalista.
- Técnica para el consenso político: evaluación de metas y resultados de políticas racionales y marginales.
- Evaluación de técnicas combinadas para la evaluación integral: evaluación técnica y evaluación política.
- Evaluación de efectos: evaluación *ex - post*, las técnicas son de excedente de productividad, balance social y estudios cuasiexperimentales.

Se presenta un caso aplicado de evaluación de políticas sobre el proceso de descentralización en México. Se exponen todas las técnicas de evaluación, tanto macro como micro para que se tenga una visión y conocimiento integral del proceso de evaluación económica en proyectos y políticas públicas de salud.



Tema 2. Evaluación macroeconómica y las políticas públicas

Por G. Esthela Redorta Zúñiga

Introducción

Como dijimos en la primera parte, en la evaluación económica es difícil hacer una separación tajante entre lo macro y lo micro. En esta parte nos dedicaremos a la evaluación macroeconómica. Se volverá a plantear las mismas técnicas de costo-beneficio, costo-eficiencia pero ahora con un enfoque macro, además de otros métodos y técnicas de evaluación.

Los conceptos fundamentales en la evaluación económica macro es el principio de eficiencia y productividad. Un segundo aspecto importante es el enfoque racional y la toma de decisiones. Éstos a su vez, involucran el aspecto gerencial y a la planeación estratégica que conllevan a la formulación, implementación y la evaluación de políticas públicas.

Las políticas públicas son un conjunto de objetivos, estrategias, criterios e instrumentos para lograr el bienestar social. Las políticas públicas están ligadas al gobierno y/o a lo estatal. Consideremos lo público como un conjunto de valores (objetivos) validados en lo social.

Racionalidad, eficiencia y tipos de evaluación en políticas de salud

La evaluación de políticas de salud se conceptúa dentro de la lógica de racionalidad y eficiencia económica, ahora redefinidos en el ámbito macroeconómico. Esta perspectiva es propia de la adecuación de los “medios a los fines” aunque estos últimos resulten múltiples y, a menudo, contradictorios entre sí. En general, evaluar una política significa poner en evidencia los efectos directos e indirectos (o la ausencia de efectos) de una acción sobre ciertas variables o grupos. Para ello se necesita una teoría o esquema que se prueba en el estudio evaluativo.

Existen cuatro tipos de evaluación:

- **Evaluación de medios**, que relaciona éstos con los objetivos perseguidos.
- **Evaluación de realizaciones**, que compara éstas con los efectos previstos y lo no previstos.

Los conceptos fundamentales en la evaluación económica macro es el principio de eficiencia y productividad. Un segundo aspecto importante es el enfoque racional y la toma de decisiones. Estos a su vez, involucran el aspecto gerencial y a la planeación estratégica.

- **Evaluación de eficiencia**, que vincula todos los efectos provocados con los medios utilizados para ello.
- **Evaluación de satisfacción**, donde los efectos logrados se relacionan con los problemas, necesidades y aspiraciones de la población.

La evaluación técnica cuantitativa de políticas públicas y de políticas de salud (que puede ser una o varias de las arriba mencionadas) en particular se enmarca dentro del modelo racional o de Allison. El supuesto básico de este método es la aceptación de la existencia de una racionalidad ilimitada que permite tener en cuenta todas las consecuencias de las acciones posibles a tomar y que, suponiendo que los sistemas y las organizaciones se comportan en bloque como si fueran individuos, se puede seleccionar siempre la solución óptima para el problema planteado. (Allison, 1971).

Actores que realizan la evaluación de proyectos sociales de salud

En el mundo contemporáneo la evaluación se vuelve contractual, pues implica el acuerdo de distintas instituciones (secretarías, ministerios) y la participación de los ejecutores de la política, y por lo tanto, debe analizar las modificaciones de las conductas de los actores y no sólo establecer relaciones “causa - efecto”. En síntesis, debe tener en cuenta las numerosas interacciones que se desarrollan en el campo social, incluyendo los efectos perversos de la política y los esquemas de representación de los agentes del Estado que implantan o evalúan la política.

Los principales actores que realizan evaluación son:

- La misma organización ejecutadora.
- El ministerio o secretaria al que pertenece.
- La comunidad o usuarios del servicio.
- Los agentes financieros.

Lo más recomendable en la evaluación es contar a la vez con una evaluación realizada de manera externa y otra de carácter interno al sistema. Con ello se aprovecharán las ventajas de cada una de ellas: independencia de criterio en la primera y acceso privilegiado a la información en la segunda.

La formulación de políticas de salud y su evaluación

Podemos identificar los distintos niveles en la formulación de políticas en salud (Dror, Yeheskel, 1977):

1. La determinación de los objetivos sociales, en que el análisis cuantitativo provee elementos para la medición del ordenamiento de las preferencias individuales y discute la posibilidad de agregarlas en una función de bienestar social dentro de la sociedad. Para ello es necesario medir sus intensidades relativas y hacer comparaciones interpersonales para lo cual se emplea la teoría de la utilidad subyacente en los análisis económicos de corte neoclásico.

2. La definición de megapolíticas o “políticas maestras” que determinan las características más amplias con las que se pretende alcanzar los objetivos propuestos (por ejemplo, cambios incrementales contra transformaciones profundas) y que no constituyen un campo para el análisis cuantitativo.
3. La determinación de políticas específicas por áreas, en la cual el juego político - burocrático es dominante.
4. El análisis de proyectos específicos en salud con los que se sustentan las políticas anteriores. Por tratarse de decisiones públicas concretas constituyen el mayor espacio de aplicación de las técnicas cuantitativas.

Contar con objetivos claramente definidos y jerarquizados en los proyectos específicos de salud es un requisito indispensable para la aplicación de técnicas de evaluación cuantitativas. Es importante resaltar que la eficiencia en el nivel cuatro sólo ayudará a la resolución de la cuestión que desencadenó la política, si los anteriores tres niveles han sido adecuadamente definidos. Si no fuera así, la eficiencia en la evaluación de proyectos específicos contribuirá al logro de resultados distintos de los formulados en los objetivos.

Es en el cuarto nivel donde se han aplicado más técnicas cuantitativas y donde sus aportaciones han sido más útiles en términos de introducción de orden, eliminación de contradicciones, sistematización de la información, estructuración de los problemas, etc.

Responden a este enfoque los siguientes métodos de evaluación: árboles de decisión, análisis financiero, análisis costo-eficacia, análisis de costo-beneficio y teoría de juegos (Inverson, 1985).

Todas estas técnicas trabajan con datos estimados respecto de la situación futura que pueda presentarse. A continuación la lista de los principales rubros en los cuales se evalúa la política sanitaria:

- Niveles de atención en salud.
- Cobertura de los servicios
- Estados de salud y enfermedad.

Principales técnicas de evaluación de proyectos sociales de salud

- **Árboles de decisión.**

Esta técnica es un apoyo importante para el análisis financiero y nos provee de una importante herramienta para la toma de decisiones (Henry, 1992 y Gregory. Critchfiel, 1986). Los requisitos para aplicarla son:

- Tener claros los objetivos perseguidos y sus jerarquías.
- Identificar el conjunto de alternativas (proyectos) disponibles.

Contar con objetivos claramente definidos y jerarquizados en los proyectos específicos de salud es un requisito indispensable para la aplicación de técnicas de evaluación cuantitativas.

- Conocer los eventos que podrían acontecer.
- Calcular la probabilidad de cada uno de los eventos anteriores.
- Identificar las consecuencias una de las combinaciones de alternativas y eventos no controlables.
- Valorar cada combinación posible.
- Aplicar un criterio de selección predefinido.

Las alternativas y eventos se grafican en forma de árbol (de ahí su denominación). La elección de ruta a seguir depende del criterio del valor esperado.

Ejemplo: Para decidir la incorporación o no de un nuevo servicio a un hospital, se puede aplicar un árbol de decisión: el resultado (beneficio o pérdida) depende de los distintos niveles posibles de demanda que reciba el nuevo servicio, a los cuales es posible aplicarle una distribución de probabilidad.

- Análisis financiero

El análisis financiero se basa en los flujos de ingresos y egresos de caja provocados por el proyecto en análisis. Utiliza herramientas estadísticas como la:

- Estimación probabilística
- Matemáticas financieras (para la actualización de flujo que ocurren en diferentes periodos)
- Análisis económicos y aún psicológicos.

Tal y como está expuesto en la primera parte de este módulo, este análisis confía en la posibilidad de seleccionar siempre el mejor proyecto de acuerdo con un criterio predefinido como pueden ser mayor valor actual neto positivo, máxima tasa interna de rendimiento superior al costo de capital, mayor tasa interna de retorno. Cubre exclusivamente el objetivo de máxima rentabilidad para la organización, dejando fuera las restantes facetas que se hayan presentes en el sector salud.

- Análisis de costo-eficacia

Los análisis de costo-eficacia ya expuesto en la parte micro de este módulo, permiten comparar proyectos alternativos que persiguen un mismo objetivo, generalmente de carácter social. A menudo debido a las dificultades para medir de manera directa, es decir, en términos monetarios este tipo de variables, para los nuevos proyectos en salud se utilizan indicadores indirectos (ejemplo: población cubierta, número de consultas por paciente, etc.). Estos indicadores relacionados mediante cocientes (costo/eficacia) con sus respectivos costos aflojan un indicador único para cada proyecto. Como criterio optimizador, se seleccionará aquel proyecto que presenta la menor razón costo / eficacia.

El método de costo-eficacia tiene la limitación de que no permite comparar proyectos que persigan objetivos diferentes o múltiples.

Para decidir la incorporación o no de un nuevo servicio a un hospital, se puede aplicar un árbol de decisión: el resultado (beneficio o pérdida) depende de los distintos niveles posibles de demanda que reciba el nuevo servicio, a los cuales es posible aplicarle una distribución de probabilidad.

El método de costo-eficacia tiene la limitación de que no permite comparar proyectos que persigan objetivos diferentes o múltiples.

- Análisis costo – beneficio

El análisis costo – beneficio que también se desarrolla de forma mas integral en la primera parte de este módulo, pretende resolver el problema anterior. Se trata de una técnica que consiste en la homogeneización por medio de una unidad de medida común (en valor monetario) de los costos y beneficios de toda índole (financieros, económicos, sociales, distributivos, etc.) correspondientes a cada proyecto. El criterio de selección es el de optimación, que considera a la alternativa que presenta el mayor beneficio neto positivo por unidad de costo. (Iverson. 1985).

Formalmente es un análisis similar al financiero pero sustancialmente difiere debido a que:

- 1) Existen costos y beneficios que no coinciden con egresos e ingresos de caja, por ejemplo la contaminación ambiental.
- 2) Que la tasa de actualización social puede diferir de la tasa de interés del mercado o el costo de capital para la organización
- 3) Los efectos que repercuten sobre diferentes grupos pueden ponderarse de manera diferente debido a los objetivos de equidad redistributiva que puedan estar presentes.

- Teoría de juegos

La teoría de juegos permite analizar situaciones en que se enfrentan intereses en conflicto (al igual que en los juegos de estrategia) y las decisiones se toman en condiciones de incertidumbre. La decisión se basa en el criterio de MINIMAX o MAXIMIN, que implica minimizar las pérdidas máximas esperadas o maximizar los beneficios mínimos esperados.

Existen intentos por aplicar la teoría de juegos en análisis de políticas públicas, cuando éstas implican tomar decisiones en economía, administración y comportamiento social. Sin embargo, las mayores aplicaciones se han realizado en el campo de la política, por ejemplo para definir estrategias electorales. Las dificultades en su aplicación radican en que, generalmente, la realidad no se comporta de acuerdo con los juegos más sencillos que son los que suelen desarrollarse en los manuales que exponen el tema (juegos de solo dos personas en conflicto, en que una de ellas gana lo que otra pierde o “suma cero” y número finito de estrategias a considerar) ya que el levantar cualquiera de estos tres supuestos implica una complicación matemática muy superior a la que suelen manejar los analistas de políticas públicas.

La teoría de juegos permite analizar situaciones en que se enfrentan intereses en conflicto (al igual que en los juegos de estrategia) y las decisiones se toman en condiciones de incertidumbre.

Técnicas para generación de datos

Existen también una serie de técnicas cuantitativas útiles para generar datos para la evaluación, que aquí denominamos de apoyo debido a que no son en sí métodos para tomar decisiones relativas a la selección de proyectos o alternativas de políticas en salud, pero que pueden servir como herramientas que permiten alimentar los modelos anteriores. Entre estas técnicas podemos citar las:

- Ecuaciones en diferencias.
- La teoría de colas.
- Los modelos de simulación.
- Las cadenas de Markov

Otros métodos que al optimar la asignación de recursos pueden complementar la evaluación, son los basados en la:

- Programación lineal
- Programación entera y no lineal
- Dinámica.

A continuación se describen de forma breve.

- Ecuaciones en diferencias

- Se utilizan para estimar comportamientos futuros a partir de series discretas en las cuales el tiempo es la variable independiente.

Ejemplo: Puede calcularse el número de casos de accidentes de trabajo de un año conociendo el dato correspondiente a años anteriores, los cuales se encuentran ligados por una ecuación.

Esta técnica constituye también la base de las matemáticas financieras que se utilizan para la actualización de los flujos de distintos periodos en el análisis financiero y costo-beneficio.

- Teoría de colas

Permite analizar situaciones en las que las personas que demandan un servicio (por ejemplo, servicios médicos en los hospitales) están sometidos a un proceso de espera, que se materializa en las “colas». Estas colas podrían eliminarse disponiendo de mayores recursos. Permite trabajar con modelos determinísticos o probabilísticos y su utilidad radica en facilitar la comparación entre los recursos adicionales que serían necesarios para evitar las “colas” y el tiempo ahorrado por los usuarios.

- Modelos de simulación

Se componen de un conjunto de relaciones matemáticas que representan simplificadaamente una realidad. Permiten, por ejemplo, probar las respuestas del modelo a las distintas alternativas de decisión consideradas. En el medio de la salud generalmente no es factible de ser realizado o resulta muy costoso.

Otros métodos que al optimar la asignación de recursos pueden complementar la evaluación, son los basados en la:

- *Programación lineal*
- *Programación entera y no lineal*
- *Dinámica.*

- Cadenas de Markov

Permiten anticipar un estado futuro a partir del estado actual, independientemente de otros anteriores. Considerar el conjunto de estados posibles, sus posibilidades iniciales y una matriz de transición que posibilite estimar la probabilidad de que los enfermos hospitalizados sanen o se mueran, así como la probabilidad de que los sanos enfermen y así determinar si los recursos disponibles en el hospital serán suficientes para atender la demanda de servicios (Sonnwberg., 1993).

- Modelos de programación lineal, entera y no lineal, y dinámica

No obstante que no son estrictamente técnicas cuantitativas de evaluación, pueden ser utilizadas para realizar combinaciones eficientes de los proyectos cuando éstos son métodos matemáticos propiamente dichos, han sido evaluados positivamente y son factibles de ser realizados en parte. En estos casos se trata de maximizar el beneficio social neto, sujeto a todas las restricciones de índole técnica, financiera, redistributiva o incluso política, en la medida en que éstas puedan ser cuantificadas.

Ejemplo: mejorar la infraestructura de hospitales maximizando el beneficio social neto total y sujeto a la disponibilidad de recursos.

Todos los tipos de programación necesitan contar con una gran precisión en la cuantificación de los parámetros, lo cual es difícil de lograr pero puede ser resuelto en parte mediante la incorporación del análisis de sensibilidad.

Técnicas cuantitativas pero no optimizadoras

- El análisis multicriterio en la evaluación

Un enfoque de evaluación cuantitativo pero no *optimizador*, diferente de los anteriores podemos encontrarlo en los métodos de análisis multicriterio, fundamentalmente el método Electra, desarrollado por los franceses como reacción por las críticas realizadas al análisis de costo-beneficio. Puede decirse que es una forma elaborada de trabajar con resultados de encuestas de opinión. (Centred'Etudes Supérieur des Affaires: CESA, 1969).

El método Electra considera objetivos múltiples, incluso aquellos de carácter cualitativo (ejemplo: grado de aceptación provocado por la puesta en marcha de un proyecto en salud). Las alternativas de proyectos se ordenan con base en cada objetivo de acuerdo con una escala predeterminada, evitando la evaluación con fundamento en la adjudicación de valores y la homogeneización hecha de acuerdo con un sistema de unidades comunes.

Los pesos que se atribuyen a cada criterio son negociados por los grupos de afectados participantes o sus representantes. La selección no se realiza aplicando criterios de optimización, sino mediante la aplicación de criterios de satisfacción de condiciones

Las alternativas de proyectos se ordenan con base en cada objetivo de acuerdo con una escala predeterminada, evitando la evaluación con fundamento en la adjudicación de valores y la homogeneización hecha de acuerdo con un sistema de unidades comunes.

mínimas. De esta forma, serán adoptados aquellos proyectos que presenten las mejores evaluaciones (puntos) en la mayoría de los objetivos, sin tener, al mismo tiempo, fuertes oposiciones. Al final se llega a la selección de un pequeño número de proyectos analizados (sólo en un caso extremo puede ser un proyecto único) mediante la simulación cuantitativa del regateo social. Sobre este pequeño subconjunto se llevará adelante un proceso de negociación real, que a menudo acaba en una decisión política.

Técnicas no cuantitativas de evaluación de políticas de salud

A pesar de la consideración de elementos cualitativos en el método Electra existen formas de evaluar y diseñar políticas totalmente diferentes a las anteriores. Entre las técnicas de evaluación no cuantitativas más importantes se encuentran el Método incrementalista de Lindhlom, (1959) y el análisis organizacional de Simon, (1957) y de Cyert y March, (1963).

- Modelo organizacional

El modelo organizacional basa la evaluación de alternativas en el conjunto de programas vigentes en las organizaciones en las que será tomada. Parte de la idea de que la racionalidad individual es limitada, y por lo tanto, tiende a ser sustituida por una racionalidad organizacional y por el intento de alcanzar niveles satisfactorios en lugar de tratar de optimizar.

- Modelo incrementalista

En cambio, el modelo incrementalista (Quade, 1989 y Lindlom, 1959), desarrolla un enfoque basado en el proceso político, profundizando el análisis de los elementos de poder, influencia, intereses en conflicto, etc., que se están presentes en toda negociación y plantea un cambio "incremental" de políticas por considerar imposible y, no necesariamente deseable, el análisis optimizador de carácter cuantitativo.

En suma, tratando de equilibrar la aportación de los enfoques, debemos reconocer en la evaluación de proyectos de salud la presencia del análisis técnico de comparación de las alternativas a través de sus consecuencias previstas, pero también las presiones de los grupos de interés, las negociaciones con ellos y entre sectores burocráticos con opiniones divergentes (que corresponden a los enfoques incrementalista y organizacional).

- Modelo para lograr el consenso político

En general, después de descomponer el proceso de evaluación en el estudio de las metas (radicales o reformistas), los actos y los resultados, podemos clasificar la toma de decisiones de políticas en marginales y racionales. Las primeras tendrían al carácter de respuestas políticas a necesidades y demandas inmediatas y en las segundas, es

donde se aplican técnicas *optimizadoras*. Sin embargo, se plantea una serie de limitaciones (House, 1988) para la elaboración de estas respuestas racionales (de tiempo, capacidad intelectual, criterios de satisfacción, políticas, etc.).

Finalmente, la elección de alternativas en salud se caracteriza a partir de quién las lleva a cabo (funcionarios públicos, burócratas, grupos de interés), cómo se toma la decisión de instrumentación (formal o informalmente, mecanismos concretos de toma de decisiones sociales) y en cuál espacio del todo social (elite versus población, negociación cerrada o negociación abierta).

Evaluación integral: evaluación técnica y evaluación política

El análisis final e integral de evaluación de políticas macro en salud debe conjugar la lógica de las políticas marginales que persiguen el aumento de la legitimidad de gobierno, con la de las políticas racionales cuya finalidad es optimar el bienestar social mediante incrementos en eficiencia y equidad.

Además se debe analizar la forma en cómo se identifican y definen los mismos problemas en áreas diferentes (legal, económica, política, etc.), y en distintos países (EEUU, Argentina, Nicaragua, etc.) y sus consecuentes diferentes soluciones. En general, la evaluación para la toma de decisiones debe enriquecerse con el conocimiento de las experiencias de otros países.

La perspectiva de evaluación de experiencias internacionales comparadas representa ventajas porque:

- 1) Consideran más alternativas y / o miden mejor su impacto.
- 2) Establecen el conocimiento y aplicación de nuevas metodologías.
- 3) Identifican las instituciones encargadas de la evaluación, las relaciones entre ellas y vinculación con el público.

En este enfoque reaparecen las dos lógicas ya planteadas (técnica y política) ahora expresadas en términos de racionalidad en el uso de los recursos para el logro de rentabilidad y de incrementos en el control democrático para obtener legitimidad.

En general, analizando el grado de utilidad de los métodos cuantitativos para la formulación de políticas encontramos que éstos son muy limitados para políticas amplias y más apropiados en proyectos y áreas muy específicas. Por el contrario, son de mayor utilidad los métodos de sistemas que reconocen la alta complejidad y la interconexión de los problemas a considerar en políticas macro.

La evaluación de políticas, estrategias y alternativas en el campo de la salud debe contemplar la situación concreta del país en la cual se desarrolla. En particular, los países latinoamericanos presentan las siguientes características de su sistema de evaluación y de toma de decisiones:

- 1) Se caracterizan por contar con sistemas de toma de decisión dominados por una

El análisis final e integral de evaluación de políticas macro en salud debe conjugar la lógica de las políticas marginales que persiguen el aumento de la legitimidad de gobierno, con la de las políticas racionales cuya finalidad es optimar el bienestar social mediante incrementos en eficiencia y equidad.

Analizando el grado de utilidad de los métodos cuantitativos para la formulación de políticas encontramos que éstos son muy limitados para políticas amplias y más apropiados en proyectos y áreas muy específicas.

elite que diseña políticas originadas en canales formales (iniciativa presidencial, comisiones *ad hoc*), muchas veces bajo el dominio directo del poder central e influenciado por grupos de poder empresarial y con escasa participación del grueso de la población. En tal sentido, en los países en desarrollo es más frecuente la necesidad de la modificación de los sistemas y mecanismos para la formulación y evaluación de políticas de salud, que el incremento de recursos.

- 2) Amplia injerencia del Estado en la economía (situación que ha cambiado de forma aceleradamente en los últimos años) y que facilita implantar políticas.
- 3) Ambiente político inestable, falta de capacidad para combinar adaptación y flexibilidad.
- 4) Heterogeneidad de los proyectos nacionales y estilos o planes de desarrollo.
- 5) Escasa continuidad política en proyectos sociales.
- 6) Ausencia de sistemas de reclutamiento, organización y evaluación modernos.

En suma, en la evaluación se deben considerar los componentes técnicos y políticos. No obstante, cualquiera que sea el enfoque que utilicemos la disponibilidad y calidad de la información es primordial para la evaluación y la toma de decisiones.

Evaluación de efectos de las políticas de salud aplicadas:

Evaluación *ex - post*

Hasta este momento se han presentado las principales técnicas de evaluación para el análisis *ex ante*, es decir, para la toma de decisiones en la puesta en marcha de proyectos y programas sociales de salud. No obstante la mayor parte de los métodos cuantitativos citados pueden adaptarse también para evaluar resultados sustituyendo lo que antes eran previsiones sobre costos y beneficios por los datos históricos realmente obtenidos.

Sin embargo, cuando se utilizan en la evaluación *ex post* la filosofía *optimizadora* de las técnicas cuantitativas se modifica porque generalmente sólo tenemos un proyecto realizado y no hay alternativas con qué comparar la mayor parte de las evaluaciones cuantitativas de resultados consistentes en mecanismos de medición de la eficiencia alcanzada.

En este nivel, la evaluación se basa en la meta programada y se limita a medir en qué porcentaje fue lograda. Las técnicas estadísticas, por su parte, permiten dar tratamiento cuantitativo a las evaluaciones realizadas mediante encuestas de opinión.

Además de las técnicas mencionadas, se han desarrollado mecanismos específicos de carácter cuantitativo que intentan hacer una medición más amplia del impacto o efectividad alcanzada. Entre los más importantes tenemos a los análisis de excedentes de productividad, los balances sociales y los estudios cuasiexperimentales a los que nos referimos a continuación (Chevalier, 1977):

La evaluación se basa en la meta programada y se limita a medir en qué porcentaje fue lograda.

- Análisis de excedentes de productividad

Como su nombre lo indica, el método fue creado para analizar la evolución de la productividad de una organización a través del tiempo y la forma en que ésta es generada y apropiada por los diferentes grupos que se vinculan a ella (clientes o usuarios, proveedores, trabajadores, accionistas, etc.), y se basan en los estados económico-financieros de una organización, correspondientes a, por lo menos, dos ejercicios contables consecutivos. (Maroto, 1980).

El método permite, entre otras cosas, clarificar las transferencias que, a través del sistema de precios y tarifas, las empresas públicas realizan hacia el sector privado; utilizar los análisis para planear el excedente que se desea generar y cómo se distribuirá; y finalmente, lo que puede ser de mayor interés en la evaluación de políticas de salud, permite trabajar todos estos aspectos revisados, no solo en el ámbito de unidades de producción individuales (hospitales, clínicas), sino como toda una rama de producción.

- Balances sociales

El balance social (Chevalier, 1977) tiene por objetivo complementar la información presentada por el balance económico-financiero tradicional, agregando información, cuantitativa o cualitativa sobre los esfuerzos realizados y los logros obtenidos en el campo social.

Formalmente se trata de un documento periódico, generalmente anual, que se elabora de manera voluntaria en países en que la conciencia de la responsabilidad social de las organizaciones ha crecido (Alemania, España, etc.) y que ha llegado a volverse obligatorio en algunas legislaciones como la francesa.

Los balances sociales constituyen estrictamente un sistema de información basado en un conjunto de indicadores, que posteriormente permitirán la realización de una evaluación. Los datos incorporados con estos indicadores tienen por objetivo medir el impacto y difieren según el interés primordial de cada país u organismo que lo aplica. Deben incluir la siguiente información:

- Situación de los trabajadores al interior de la organización en relación con: remuneración, capacitación, ausentismo, condiciones de trabajo, etc.
- Grado de conformidad de los grupos externos relacionados con la organización de manera voluntaria (proveedores, consumidores, etcétera) o involuntaria (ejemplo: vecinos que pueden resultar afectados por el congestionamiento ocasionado por un hospital).
- Intentos de medición del impacto global logrado por la organización en su comunidad (ejemplo, cambio en los patrones de consumo alimentario, en las conductas higiénicas, etc.).

El valor del balance social no se debe al uso exclusivo de indicadores cuantitativos sino al enriquecimiento de éstos con información cualitativa que permita una mejor comprensión del proceso sujeto a evaluación. La utilidad de los indicadores cuantitativos

Los balances sociales constituyen estrictamente un sistema de información basado en un conjunto de indicadores, que posteriormente permitirán la realización de una evaluación.

estandarizados consiste en la posibilidad de hacer comparaciones entre organizaciones similares, perdiendo la riqueza de sus diferencias.

- **Estudios cuasiexperimentales**

Consisten en una adecuación de los estudios experimentales a las ciencias sociales. Se aplican cuando es posible contar con poblaciones sujetas a la política que se pretende evaluar (casos) y otras, similares en todas las restantes características, pero a las que no se ha aplicado la política anterior grupo (s) de control (es). Si la condición de similitud anterior es grande (cosa difícil de lograr en el campo social) podría pensarse que es muy probable que las diferencias halladas en los resultados de los dos tipos de poblaciones se deben a la presencia o ausencia de la política. Sin embargo, hay que ser muy cuidadosos para deslindar otras variables, fundamentalmente contextuales, que puedan estar afectando los resultados. (Weiss, 1975).

Es útil combinar dichos trabajos con análisis “antes - después” de los dos tipos de poblaciones de manera de comparar las evoluciones de ambos y no correr el riesgo de que los resultados finales diferentes provengan de situaciones iniciales también diferentes.

Estos estudios se utilizan para la medición del impacto de programas de vacunación, nutrición, planificación familiar, etc.

Bibliografía

Allison Grajam. *Esence of Decision: Explaining the cuban missile crisis*. Litle, Brown and Company. Boston, EUA, 1971.

Centre d'Etudes Suppèrier des Affaires. *L'applicatièn de la mètode Electre aux problèmès de la securité foutière*, CESA, Francia, 1969.

Chevalier, A. *Le bilan social: un moyen de développer et de sauver l'entreprise*. En Diregeandt No. 77, No. 77, Francia, 1977.

Dror Yeheskel. *Aplicaciones del método de sistemas y técnicas cuantitativas en la formulación de políticas*. Comp. En G. Campero y H. Vidal (comp.). Teoría general de sistemas y administración pública. Universidad Centroamericana. Costa Rica, 1977.

Sonnenberg Frank A M., J. Robert Beck M. *Markov Models in medical decision Making. med desis making* 13, 322-338, 1983.

Critchfield Gregory C., Kelth E. Willard. *Probabilistic analysis of decision Tree using Montecarlo simulation. Med decis Making* 85-92, 1986.

Nicholas Henry, *Public administation and public affairs*. 5ª. Edición. Englegood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1992.

House Peter, W. Roller D. Shull. *Rush to policy: using analytic technyves in public sector decisión makin*. New Brinswyck NJ: Transactions Books. 1988

Iverson, Scott C. *Quantitative methods for public administration in developin countries*. New York, John Wiley and Sons, 1985.

Lindblom, Charles. *The science of muddling through. Public administrations Review*, vol 19, USA, 1959.

Maroto Acin, *Consideracines en torno al excedente de productividad global*. Universidad Complutense, Madrid 1980.

Quade, E.S., *Análisis foro Pública Decisiones*. 3ª. Edición, NW York, 1989, Norte Hollando.

Reynols Jack y K. Celeste Gasper. *Análisis costo efectividad*. Wisconsin, Pricor. 1986.

Weiss Carol. *Investigación evaluativa*. Trillas. México, 1975.

Bibliografía complementaria

Arana G. Víctor, *El cuadro de mando*. Ed. Deusto, España, 1970.

Arrow, K., Raynaud H. *Social choice and multicriterion decision, making* MIT 1986, Boston.

Cyert R. y March, James. *A behavioral theory of the firm*. Prentice Hall, New Jersey, 1963.

Robles Tapia, Gonzalo. *La evaluación de alternativas en el análisis de políticas públicas*. RAP, No. 84, INAP, 1993, México.

Simon Hebert. *Models of man, social and rational*. Wiley New York, 1957.

Vincent, A. *La mesure de la productivité*, Drumond, Francia, 1968.

Ejemplo de aplicación de un estudio de evaluación macroeconómica

Resumen del análisis de la política descentralizadora en el sector salud en México. Análisis de Caso. Centro de Investigación y Docencia Económica, División Administración Pública, Mimeo, México, 1992 y 1998.

La estrategia de descentralización de servicios de salud se puso en marcha en México mediante la expedición de una serie de decretos presidenciales, los primeros de los cuales están fechados el 30 de agosto de 1983 y el 18 de marzo de 1984.

Los objetivos expresos de este proceso fueron:

- 1) Redistribuir las competencias sanitarias entre la Federación y los Estados, regresando a estos últimos determinadas competencias.
- 2) Aumentar la eficiencia y la racionalidad operativa, conformando sistemas de salud estatales que acercaran los procesos de toma de decisiones al lugar donde se generan los problemas, se evitaran omisiones y duplicidades.

Para hacer viable el proceso anterior fue necesario introducir una serie de reformas jurídicas y elaborar mecanismos de planeación específicos.

La ejecución de esta política permitió que 14 de los 31 estados del país pasaran a funcionar de manera descentralizada conformando sistemas estatales de salud mediante la integración de los servicios a cargo de la secretaria del ramo, del Programa de Solidaridad IMSS - COPLAMAR y de los servicios de salud dependientes de los gobiernos estatales dirigidos a la población abierta.

Si bien el plan original planteaba su total generalización para 1986, a partir de 1987 se observó el estancamiento en el número de nuevas incorporaciones de estados al proceso. En el sexenio del Presidente Salinas De Gortari, el "Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994" y el "Programa Nacional de Salud 1990-1994" mantuvieron la estrategia, sin que se observaran esfuerzos notables encaminadas a la dirección propuesta.

Los criterios que explican la descentralización fueron fundamentalmente:

- La cobertura amplia de los servicios.
- Los bajos costos de homologación salarial.
- Abundancia de recursos locales.
- La situación política nacional.
- La capacidad de gestión.
- En menor medida, las necesidades de salud de la población.

Las características con que se desarrolló el proceso establecieron un conjunto de restricciones (de presupuesto, propiedad de bienes muebles e inmuebles, etc.) que dificultan la posibilidad de tipificarlo conceptualmente como una verdadera "descentralización". En efecto, en todos los casos, los servicios estatales de salud siguieron dependiendo financiera y organizativamente de las instancias federales.

La dependencia financiera se agravó incluso en los años 1985 – 1987, periodo en el cual, contrario a las proyecciones iniciales, los porcentajes de aportación de los gobiernos estatales y las cuotas de recuperación, que constituyen las fuentes en que el manejo de recursos es independiente de la federación, tendieron a disminuir su participación en el presupuesto.

Existen muchos documentos de la Secretaría de Salud que evalúan aspectos parciales del proceso. Entre ellos destacan la *Cuantificación de la Disponibilidad Relativa de Recursos Humanos, Materiales y Financieros*, la *Cobertura Potencial de los Servicios*. Algunos incluyen varios indicadores de la situación de salud de la población como mortalidad general, mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, etc.

Estas evaluaciones plantean la siguiente serie de problemas:

- 1) La no-inclusión de los mismos indicadores en las evaluaciones referidos a diferentes momentos y la inconsistencia de los datos reportados, dificultan la posibilidad de analizar tendencias.
- 2) Las modificaciones encontradas en los indicadores pueden provenir de causas distintas a la descentralización misma, como puede ser la mayor disponibilidad de recursos en lugar de una toma de decisiones que haga más eficiente y equitativa su distribución.
- 3) Las comparaciones que a menudo se realizan entre los datos reportados por los Estados descentralizados y no descentralizados pueden estar mostrando situaciones diferenciales anteriores al proceso de descentralización como sucede con la cobertura de servicios.
- 4) Es muy difícil evaluar los efectos que el proceso tiene sobre la situación de salud de la población en tan corto plazo, pero sí es posible analizar el impacto de la descentralización en la cantidad, calidad, accesibilidad y distribución de la oferta de servicios.
- 5) Es necesario que las evaluaciones que se realicen se hagan dentro de un marco teórico que considere las determinantes sociales, económicas, políticas y culturales que afectan los resultados.
- 6) Conviene realizar estudios comparados de las experiencias de las diferentes entidades federativas y países latinoamericanos de manera de recuperar los puntos fuertes de cada proceso para retroalimentar el proceso de toma de decisiones.

Para resolver los problemas planteados por las evaluaciones institucionales, se

procedió a comparar las evaluaciones de recursos disponibles, servicios brindados y estado epidemiológico de la población en una muestra de estados descentralizados (Tlaxcala, Querétaro y Nuevo León) con un grupo de control compuesto por estados no descentralizados (Chiapas y Zacatecas). La información fue obtenida de fuentes estadísticas, entrevistas a informantes clave y encuestas a usuarios.

Las principales opiniones que se desprenden de la evaluación preliminar de los datos obtenidos, incluyen:

Los Estados descentralizados son más pequeños pero su territorio está densamente poblado. Tienen menos problemas de población dispersa y mejores comunicaciones. Son Estados más industrializados y económicamente más productivos, lo que se traduce en mejores niveles de educación y disponibilidad de servicios en sus viviendas. Es de esperar, por lo tanto, que la situación de salud de sus pobladores sea mejor aún desde antes de desarrollarse el proceso de descentralización. Al interior del grupo de Estados descentralizados destaca Nuevo León por su mayor desarrollado económico y social. Entre los no descentralizados Chiapas tienen una situación social mucho más grave que la de Zacatecas y una población 2.5 veces mayor que atender, dispersa y con profundas diferencias culturales debido a los grupos étnicos que lo habitan.

El proceso de descentralización preveía un incremento relativo de las aportaciones de índole estatal al financiamiento de los servicios de salud. Sin embargo, no se hizo una reforma a la legislación fiscal que le permitiera a los estados contar con mayores recursos propios. Tan es así que los estados descentralizados mostraron una mayor dependencia de recursos federales, ya que además, iniciaron este proceso en plena crisis económica del país, lo que afectó a las tres entidades federativas incluidas en el estudio de manera más fuerte que al promedio nacional, sobre todo en el caso de Tlaxcala.

En 1989 el porcentaje de aportación federal al presupuesto disminuye en forma considerable desconociéndose el dato en años posteriores, en los que se reporta en los tres Estados, una disminución en sus presupuestos per cápita en precios constantes. En el caso de Nuevo León en que este proceso de sustitución gradual de fuentes federales fue más fuerte, el periodo 1985 -1991 dejó un deterioro de aproximadamente un 40% en su presupuesto *per cápita*. Ésta es la primera consecuencia negativa de la descentralización para un Estado que asumió una responsabilidad creciente en el financiamiento de la salud sin que fiscalmente pudiera obtener recursos adicionales y todo esto a pesar de que es el Estado más rico de los incluidos en el estudio y cuyo producto interno sufrió menos en el periodo.

Las limitaciones financieras provocan a su vez restricciones en el adecuado crecimiento de los recursos físicos y humanos, situación que se presenta claramente en el caso de Nuevo León. En cambio, Querétaro parte de presupuestos *per cápita* muy bajos en 1985- 1987 y presenta en 1991 un incremento en precios constantes de aproximadamente 50% con respecto de 1985, en buena parte mediante la duplicación de la parte financiada mediante cuotas de recuperación, muy superior a la de los otros dos Estados. Esto le permite presentar el crecimiento más equilibrado de los tres Estados estudiados en recursos físicos y humanos, sin que los usuarios lleguen a manifestar fuertes críticas debido al precio de los servicios.

No obstante los resultados de la evaluación en materia financiera y organizativa, son en las características de los servicios (cobertura, utilización, accesibilidad, productividad, calidad y equidad) donde se deberían notar, en el corto plazo, los beneficios de una administración descentralizada cuya gestión teóricamente se apegaría a un mayor conocimiento de la realidad económica, social y cultural del Estado y de los servicios de salud y permite tomar decisiones que ataquen los problemas de manera más rápida.

Los mayores incrementos en recursos financieros, físicos y humanos en los Estados descentralizados, al compararlos con el grupo de control, deberían servir para reforzar aún más los resultados de la gestión, permitiendo incrementos en cobertura, utilización y calidad que, a mediano plazo, incidieran en las condiciones de salud de sus poblaciones. Sin embargo, salvo en calidad donde la situación se percibe por los usuarios de manera muy similar, en cobertura y productividad médica, los indicadores favorecen a los estados que no se han descentralizado.

Los datos disponibles muestran a Zacatecas como el Estado que presenta mayores incrementos en sus indicadores de salud pero con recursos restringidos, sobre todo en unidades de segundo nivel, que provocan altísimos índices de ocupación hospitalaria. Probablemente, sus esfuerzos en capacitación le han permitido mantener una calidad medianamente aceptable a pesar de los enormes aumentos en productividad médica. En cambio, en Nuevo León, la falta de recursos financieros para construir unidades de segundo nivel, repercute en un notorio incremento en la ocupación hospitalaria y esto a su vez provoca las fuertes críticas expresadas por los usuarios en cuanto a la calidad del servicio.

Los mayores incrementos en recursos reportados por Querétaro en comparación con Tlaxcala y Nuevo León, le permiten ser mejor calificado, por sus usuarios en términos de calidad. Finalmente, la accesibilidad favorece a los estados descentralizados como Nuevo León y Tlaxcala, debido a sus condiciones económicas y geográficas, pero esto era así desde antes de iniciarse el periodo de descentralización y no hay información que permita medir su evolución.

Es importante señalar que, a pesar de la importancia que se le reconoce a la medición de la equidad en la distribución de servicios que permita ofrecer más a las poblaciones más necesitadas, no fue posible ahondar en este tema ya que se carece de información estadística al respecto, a que las autoridades estatales se limitan a decir que mejoró pero no lo fundamentan y, por último, a que hacer un estudio de campo para relevar la información implicaría disponer de una magnitud de recursos que no se tuvieron.

Finalmente, como se mencionara antes, no se espera encontrar un impacto inmediato de la descentralización en las condiciones de salud de la población. Es posible que las evoluciones encontradas y más confiables, que favorecen mucho a Tlaxcala, se deban a otras causas como la evolución socioeconómica y cultural de la población en periodos relativamente largos (este Estado tiene el mejor crecimiento de su PIB en 1970 - 1988 entre los Estados en estudio, superando fuertemente el promedio nacional, además mejoría en los servicios que efectivamente reporta).

En resumen, se observan buenas evoluciones en servicios de estados como Querétaro y Tlaxcala en los cuales su dependencia de recursos federales hace muy cuestionable el hablar de una verdadera descentralización. Tenemos también un Estado como Nuevo León, en que el proceso se ha llevado a la práctica en forma más real, que mantiene aún indicadores relativamente aceptables, debido a que fueron muy superiores en el pasado pero que fueron sometidos a un fuerte proceso de deterioro en el periodo en estudio.

Por otro lado, encontramos un Estado no descentralizado como Zacatecas, que aunque aún no alcanza buenos niveles de salud, muestra avances muy importantes en relación con sus escasos recursos, indicando que existen caminos alternativos para mejorar la gestión, a pesar de que sus autoridades consideran que la descentralización sería la panacea que resolvería todos sus problemas pendientes. Lo anterior confirma la hipótesis de que las evaluaciones institucionales disponibles en que se muestra la superioridad de los resultados descentralizados comparando sólo situaciones finales, no son suficientes para emitir un juicio valorativo sobre el proceso, que evaluado en términos de evoluciones no muestra una clara incidencia de la descentralización sobre los resultados alcanzados.

Un breve análisis de los problemas que han dificultado el éxito de la descentralización de servicios de salud a población abierta, debe incluir entre otros:

a) Recursos financieros. La crisis económica por la que ha atravesado el país y las correspondientes decisiones de austeridad en el gasto público, provocaron una reducción del gasto real total y *per cápita* de la Secretaría de Salud que afectó a todos los Estados. A través de los Convenios Únicos de Desarrollo (CUD), los recursos aplicados en salud en relación con el presupuesto estatal ejercido pasaron de 6.8% en 1984 a 2.1% en 1988. Más drásticamente, si se comparan los recursos CUD con el gasto total de inversión de los servicios descentralizados que pasaron del 77.4% en 1984 al 10.5% en 1988, se ve un impacto mayor que el que presentan las restantes entidades federativas en los que la disminución fue de 56.3% a 16.9%. La aportación estatal y las cuotas de recuperación sociales, aunque en general crecieron, no tuvieron peso suficiente para revertir este proceso.

Los recursos disponibles fueron insuficientes para enfrentar los rezagos del sector agravado por la compleja normatividad administrativa que dificulta el ejercicio del presupuesto.

b) Recursos humanos. Uno de los principales problemas planteados en los documentos elaborados por la OPS, es la falta de capacitación de los recursos humanos disponibles en los estados para absorber las tareas correspondientes a una administración descentralizada. Al respecto se han hecho esfuerzos importantes pero aún no suficientes.

En algunos estados se señala que los procesos de homologación del personal que pertenecía a la Secretaría de Salud y al Instituto Mexicano del Seguro Social realizados en el ámbito salarial han dejado descontentos que pueden volverse críticos en cualquier momento puesto que mantienen importantes diferencias en términos de prestaciones.

La limitación de plazas y las vacantes difíciles de reemplazar dejadas por médicos

residentes y directivos del Programa IMSS - COPLAMAR, también han provocado fuertes dificultades.

Ningún estado ha podido siquiera acercarse al número de promotores de salud por mil habitantes que la norma técnica del modelo determina en 0.333 y muchas veces sus plazas se han llenado con personal médico y paramédico.

c) Recursos materiales. Si bien hay autoridades en algunos Estados que plantean que la falta de transferencia de la propiedad de los bienes muebles e inmuebles no les afectan en su gestión, otros documentos reportan problemas importantes como la indefinición en la responsabilidad de conservación y mantenimiento de los mismos o la falta de pago al IMSS por las instalaciones transferidas. A éstos se suman dificultades en materia de abastecimiento, almacenamiento y conservación de insumos médicos y otros suministros.

d) Aspectos políticos. El proceso de negociación con los gobiernos de los estados enfrentó serios problemas en relación con la falta de voluntad política para asumir la responsabilidad de los servicios de salud a población abierta, fundamentados en la escasez de recursos o en la opinión de que el IMSS debería continuar con sus esfuerzos en el medio rural. A menudo las autoridades estatales sienten que el gobierno federal, de manera centralizada, decidió su descentralización debido a las dificultades económicas presentes y esto limita su motivación y entusiasmo para liderar el proceso. En reuniones realizadas durante 1987 y 1988, los gobernadores hablan mayoritariamente de un saldo positivo en el proceso y la necesidad de continuarlo, pero demandaban una verdadera descentralización de los recursos, personal mejor preparado y apoyo del gobierno federal para inversión.

También se han producido en el ámbito de los Estados nuevos centralismos reacios a delegar el poder hacia los municipios y fortalecer a los SILOS.

La creación del Programa Nacional de Solidaridad durante sexenio de 1988 – 1994 y la posterior definición de la Secretaría de Desarrollo Social, han permitido al gobierno federal canalizar fondos, fundamentalmente para obras de infraestructura en salud, que escapan al control estatal.

Por su parte, la población es mucho más sensible a sentir este impacto que el de un aspecto tan abstracto para ella, como la descentralización, generalmente desconocida pero aplicada en un periodo en que los efectos obtenidos son considerados desfavorables por una parte sustantiva de los usuarios.

EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

TERCER EJERCICIO

Ejercicio individual

Nota: Este ejercicio deberá enviarse a la Mtra. Esthela Redorta.

**Aplicaciones de evaluación económica en salud.
Ejercicios prácticos para cada una de las técnicas de evaluación**

Instrucciones

Los ejercicios aplicados al tema 1 son para el análisis de la metodología y de los resultados. Se trata que, a partir de los casos expuestos, usted:

- Exponga su punto de vista como evaluador externo.
- Externe su opinión sobre la metodología.
- Analice los indicadores utilizados..
- Analice los resultados del ejercicio en términos de aciertos, críticas o cuestionamientos y propuestas.

Deberá presentar su análisis y comentarios sobre los ejercicios en un máximo de dos páginas.

Debido a que se trata de una presentación breve del proyecto realizado, en algunos ejercicios, los resultados se obvian, o se encuentran implícitos en los supuestos o en los mismos resultados.

Análisis de minimización de costos

Cuando comparamos dos o más opciones de tratamientos, procedimientos, terapias o cualquier acción de salud que tienen el mismo resultado sanitario (efectividad) en todas las circunstancias, los mismos riesgos y los mismo efectos secundarios, estamos ante un análisis de minimización de costos.

Considerando una efectividad dada (obtenida a partir del análisis epidemiológico), el procedimiento se realiza mediante la comparación de la suma de costos directos e indirectos con el fin de identificar con precisión cuál es la alternativa menos costosa.

El análisis de minimización de costos no es frecuente en el campo de salud porque los motivos que rigen las acciones y procedimientos en este campo no están en función de su costo, y sí, de su impacto real en el mejoramiento real del bienestar individual o colectivo.

Estudio de Caso

Datos adaptados de Rodríguez M, Procupet A, Heras J. (1991). «Análisis de coste-efectividad de la

administración domiciliaria de inmunoglobulina intravenosa frente a su administración hospitalaria». Medicina Clínica (Barc.): 96: 47 – 51.

1. Diseño del estudio

1.1. Objetivo del estudio

El estudio se pregunta si la administración domiciliaria de inmunoglobulina endovenosa (IE) puede significar un ahorro frente a su administración hospitalaria.

1.2. Opciones consideradas

Se compararon las opciones de administración de IE hospitalaria (práctica real) con la domiciliaria (práctica hipotética).

2. Evaluación de costos y beneficios

2.1. Enumeración de costos

DIRECTOS	INDIRECTOS
Medicamentos	Horas de trabajo perdidas por acompañantes.
Estancia hospitalaria	
Materiales	Costos de desplazamiento
Depreciación de equipo sanitario	

2.2. Medida

El estudio se basó en los resultados de una encuesta transversal en 38 pacientes que contemplaba sus características sociodemográficas, su estado de salud, las condiciones del tratamiento actual y su actitud frente al eventual tratamiento domiciliario. Los datos epidemiológicos y de utilización de recursos de administración domiciliaria se obtuvieron de investigaciones internacionales.

2.3. Valoración de los costos

COSTOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA	
COSTOS DIRECTOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Medicamentos	Tarifas hospitalarias que paga la administración sanitaria
Estancia hospitalaria	
Materiales	
Depreciación de equipo sanitario	Estimación
COSTOS INDIRECTOS	
Horas de trabajo perdidas por acompañantes	Imputación de acuerdo al salario interprofesional medio
Costos de desplazamiento	Precios de mercado

COSTOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	
COSTOS DIRECTOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Equipamiento	Precios de mercado
Adiestramiento	
Supervisión	

3. Ajuste temporal y de incertidumbre

4. Resultados y conclusiones

La administración de IE supondría un ahorro de 250,000 pesetas en el primer año y de 265,000 pesetas en los siguientes (se reduce el costo por adiestramiento). Además de ser la opción menos costosa, la administración domiciliaria reporta externalidades positivas tales como independencia horaria, *confortabilidad*, evita horas de trabajo pérdidas y estrés.

5. Comentarios y discusión del alumno de la técnica utilizada, metodología, indicadores, alternativas y resultados.

Análisis de costo-efectividad

La efectividad se diferencia de la eficacia en que, en la segunda, la intervención sanitaria se realiza en condiciones ideales, normalmente por medio de un ensayo clínico controlado.

No obstante de que cotidianamente se formulan preguntas sobre la efectividad de los procedimientos, técnicas y medicamentos empleados en la práctica sanitaria, se considera que solamente un tercio de ese conjunto ha sido clínicamente experimentado. Este hecho, aunado al argumento de que los recursos aplicados a mantener o mejorar la salud son limitados frente a las necesidades potenciales, implica que debemos considerar el costo de las diferentes alternativas. Conseguir una determinada efectividad cuesta dinero, por ello se deben rechazar las opciones cuyo impacto en salud sea insignificante o poco significativo. Cualquier recurso consumido y sin efectividad sanitaria representa la imposibilidad de efectuar otro que sí reportaría beneficios a la salud.

La evaluación de costo-efectividad es un instrumento de evaluación económica en el cual se comparan los efectos positivos y negativos de por lo menos dos opciones de un mismo programa o intervención sanitaria. Los costos son valorados en dinero y los beneficios en unidades naturales de efectividad (dependen de lo que se esté evaluando).

Este tipo de análisis se aplica cuando los efectos de los tratamientos y / o intervenciones tienen un nivel de efectividad distinto pero comparten los mismos objetivos terapéuticos. Ejemplo:

PROBLEMA DE SALUD	ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO	UNIDADES DE MEDIDA DE EFECTIVIDAD
Hipertensión arterial sistémica	Diuréticos	Número de pacientes hipertensos controlados
	Beta bloqueadores	
	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina	

La mayoría de los estudios expresan la efectividad en función de un resultado único que permite la comparación entre las opciones. Sin embargo, es frecuente que las opciones presenten resultados múltiples. Propongamos el siguiente ejemplo:

PROBLEMA DE SALUD	OPCIÓN DE TRATAMIENTO	EFFECTOS POSIBLES
Cataratas	Lentes intraoculares	Reducción de horas de estancia hospitalaria
		Reducción del número de complicaciones postoperatorias
		Aumento en la agudeza visual de los pacientes
		Incremento de la satisfacción de los usuarios

En función de estas características, es necesario tener cuidado con la elección del criterio de efectividad. No debemos olvidar que la determinación de alguno puede afectar las eficiencias relativas de las distintas opciones. Por ejemplo, si deseamos comparar un programa de tratamiento de hipertensión arterial con uno de detección de cáncer de mama, la unidad de medición utilizada en el ejemplo correspondiente será inadecuado. En tales circunstancias se requiere una variable más genérica; ésta puede ser el número de años ganados ajustados por calidad (AVAC). Existe una gran variedad de indicadores de efectividad dependiendo del tipo de programa y / o intervención que se desee evaluar. También es posible generar nuevos indicadores, siempre y cuando se respeten las reglas básicas del método científico y sean consistentes con el objeto de investigación.

Los objetivos del análisis deben reflejar el problema de decisión. De lo contrario, no será posible determinar cuál es el indicador de efectividad más apropiado. Por supuesto, el indicador seleccionado muestra cuáles son los objetivos de la política adoptada. Por ejemplo, un programa cuyo criterio de decisión esté basado en el indicador *Costo sanitario neto por año de vida ganado* implícitamente está suponiendo que el objetivo de la política sanitaria es maximizar los años de vida ganados considerando una restricción de los recursos financieros y que no es importante quién se beneficia ni la calidad de los años de vida ganados.

Ante tal problema, es aconsejable utilizar simultáneamente diversos indicadores de efectividad, tanto de corte específico al problema, como de carácter general (los AVAC resultan apropiados en este caso). Por el contrario, no se aconseja utilizar indicadores tales como tipo de muertes evitadas o *vidas salvadas*, especialmente en el caso de tecnologías aplicadas a individuos cuya supervivencia es incierta y cuya calidad de vida es previsiblemente mala, puesto que plantearlo de tal manera propiciaría un sesgo en la investigación y una interpretación tendenciosa del análisis.

Los resultados de la evaluación se dan en forma de una razón de costo – efectividad. Por ejemplo, si el objetivo del programa es evitar muertes por hepatitis B, la razón del resultado sería el coste por año ganado por la aplicación del programa respecto a no aplicarlo.

Los costos los podemos deducir aplicando la siguiente fórmula:

$$\Delta C = \Delta C_d + \Delta C_{ea} - \Delta C_{morb} + \Delta C_{daev}$$

Donde:

ΔC = diferencia entre los costos de realizar el programa y los costos de no hacerlo.

ΔC_d = costos directos del programa.

ΔC_{ea} = costos de los efectos adversos del programa.

ΔC_{morb} = ahorro en servicios sanitarios producido por la aplicación del programa (costo de las enfermedades evitadas).

ΔC_{daev} = costo de las enfermedades independientes de la afección original y que ocurrirán por el hecho de incrementar la duración de la vida.

La efectividad neta (diferencia entre la efectividad del programa y la opción de aplicar) se determina de acuerdo con:

$$\Delta E = \Delta A + \Delta A_{morb} - \Delta C_{Aaes}$$

Donde:

ΔE = efectividad neta.

ΔA = incremento neto en años de vida.

ΔA_{morb} = ajuste de los años por una mejora en la calidad de la vida.

ΔA_{aes} = efectos secundarios del tratamiento.

Estudio de Caso

Datos adaptados de García A, Rovira J. (1990). «Análisis de coste-efectividad de dos formas alternativas de tratamiento del tabaquismo». En: *Evaluación económica de tecnologías sanitarias*. (Mugarra I, Antofianzas F, ed.). X Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud. 1990: 357 – 364.

1. Diseño del estudio

1.1. Cuestión planteada

El estudio se plantea la conveniencia de introducir un chicle de nicotina como elemento de refuerzo a las terapias de grupo para dejar de fumar (GDF).

1.2. Opciones consideradas

a) Conservar a los GDF tal y como están operando.

b) GDF más tratamiento con chicle de nicotina.

El control de la abstinencia se realiza a través de la cuantificación del monóxido de carbono expirado por los pacientes.

2. Evaluación de costos y beneficios

2.1. Enumeración de costos

OPCIÓN A	OPCIÓN B
Personal involucrado	Lo mismo considerados en la opción B más el costo del chicle de nicotina
Material fungible	
Equipamiento	
Tiempo empleado	

El resultado de las opciones se mide en términos del número de éxitos definido como el cese total de consumo de tabaco al cabo de un año de iniciado el tratamiento.

2.2. Medida

Se partió de los historiales clínicos y fichas de seguimiento de los pacientes. Los costos se expresaron en precios de 1984.

2.3. Valoración explícita de costos

COSTOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Personal involucrado	Convenios laborales vigentes
Material fungible	Costos de mercado
Equipamiento	Prorratio
Tiempo empleado	Estimación a partir de la Encuesta Activa del Instituto de Estadística
Tabaco	Precios de mercado
Chicle de nicotina	

3. Ajuste temporal y de incertidumbre

Dado que el programa presenta una duración de un año no se considera necesario actualizar los flujos de costos y beneficios.

4. Resultados y conclusiones

CA* = 42,397 ptas.

CB* = 31,281 ptas.

Donde:

CA* = costo por adoptar la opción A

CB* = costo por seguir la opción B.

La opción B (apoyar los GDF con chicle de nicotina) es más rentable aún a pesar de que el número de éxitos es variable. Entendiendo por éxitos el número de pacientes que dejaron de fumar por un año.

5. Comentarios y discusión del alumno de la técnica utilizada, metodología, alternativas, indicadores y resultados.

Análisis de costo-utilidad

El análisis de costo-utilidad compara los costos de dos opciones de tratamiento distintas con sus resultados medidos en AVAC. Los resultados de las opciones se expresan en términos de costo por AVAC.

El AVAC es un índice que toma en cuenta tanto la calidad de vida como la supervivencia. El principio sobre el que se basa es el hecho de un año de vida saludable puede ser equivalente a más de un año de vida con salud deficiente. Este concepto fue introducido inicialmente por Klarman (1968).

No obstante su utilidad, la valoración del estado de salud es fuente de polémica. En general se realiza en función de la utilidad asignada por los individuos a un determinado estado de salud. La utilidad en este caso se define como la preferencia relativa de los individuos entre dos o más estados de salud. Existen cinco métodos básicos para estimar la utilidad de los estados de salud:

1. Escala de categorías. En este método el criterio que se utiliza se deriva de la definición de los estados de salud en una escala numérica.

2. Estimación de magnitud. Utiliza la comparación y preferencia de un estado de salud con respecto a otro (“el estado de salud A es la mitad de bueno que el B”).
3. Compensación temporal. En este método se recurre a las preferencias que tienen los individuos ante las diferentes posibilidades que tienen ante un mismo problema de salud (“vivir 0.4 años sano equivale a vivir un año en el estado A”). Ejemplo: en la artritis reumatoide se presentan por lo menos dos opciones con resultados en calidad de vida distintos:

TRATAMIENTO	EFFECTOS POSITIVOS	EFFECTOS NEGATIVOS
Aplicación de cortisona	Estado de salud cierto (E_i).	Esperanza de vida (T_i). Probable muerte a los cinco años.
No se aplica ningún tratamiento	Estado de salud (E_j) mejor ($E_j > E_i$)	Esperanza de vida (T_j) menor a cinco años ($T_j < T_i$)

A continuación se varía el tiempo T_j hasta que el individuo se declara indiferente entre vivir T_j años con mala salud y vivir T_i , menos años con buena salud. El valor de la indiferencia T_j / T_i representa la utilidad del individuo por estar con artritis reumatoide tratada con cortisona.

4. Compensación por personas. Este método considera las preferencias que tienen los individuos ante distintos estados de salud. Ejemplo: supongamos que existen dos grupos de personas (X y Y ; $X \neq Y$) con estados de salud (A y B) deficientes y solo se puede atender (curar) a uno de esos grupos. La utilidad relativa de los estados de salud se determina en el momento en el cual resulta indiferente curar a uno u otro grupo y se expresa por medio del cociente X / Y . En resumen, este método se basa en la ponderación del criterio de “Curar a una persona en el estado A equivale a curar a 3 en el B”.
5. Juego estándar. Este método de basa en la evaluación de las preferencias entre las distintas opciones de tratamiento ante un problema de salud (“tener una probabilidad de 40% de curarse y de 0% de morir inmediatamente equivale a vivir con certeza en el estado A.”). Considérese el caso de la angina de pecho. Una opción es una operación de B_y – Pass con una probabilidad de éxito del 80% que le reportaría cinco años de vida plena. Por el contrario, las probabilidades de muerte en el quirófano son de 20%. La otra opción es la de tratamiento médico sin intervención con altas probabilidad de morir a los cinco años. Si el individuo se declara indiferente ante estas dos opciones, la utilidad de la angina de pecho con tratamiento médico es del 80%.

Aun cuando todos los métodos descritos cumplen con sus objetivos, el de equivalencia temporal es el que tiene en cuenta la duración de la vida y calidad de la vida. No obstante, el método de juego estándar se considera la “regla de oro” puesto que es el único que utiliza criterios de incertidumbre, que es el medio en el cual se rigen las intervenciones sanitarias.

Por otra parte, ningún método está exento de problemas. Los más comunes son los siguientes:

1. Los valores asignados pueden estar afectados por la duración esperada del estado de salud.
2. Los valores pueden cambiar dependiendo de cómo se formulan las preguntas.
3. Las valoraciones que se realizan pueden ser diferentes en caso de que el individuo efectivamente se encontrare en la situación descrita.

No obstante los problemas que presentan los métodos descritos, éstos han servido para construir índices que ponderan la calidad de la vida. Uno de los más conocidos es la Matriz de Rosse y Kind en el cual se asignan valores numéricos a los diferentes estados de salud. Para efectos de este trabajo baste señalar que al mejor estado de salud corresponde un valor superior.

Con este tipo de instrumento, obtener los AVAC's es sencillo, pues basta multiplicar cada año vivido (o que presumiblemente vivirá) por el valor de la utilidad del estado de salud.

El último elemento a considerar es la combinación de los beneficios de los AVAC's con los costos por tratamiento.

Estudio de Caso

Datos adaptados de J. Rovira J, F. Lobo, X. Badía, J. Ventura M. De la Fuente, M, Brosa. (1990). "The cost and benefits of the use of erythropoietin in the treatment of anaemia arising from chronic renal failure. Spanish case study". CHE. University of York. Págs. 73 -112.

1. Diseño del estudio

1.1. Cuestión planteada

Se plantea la conveniencia de sustituir el tratamiento con transfusiones a pacientes con insuficiencia renal crónica y que presentan anemia por eritropoyetina. Se propone un análisis de costo/utilidad en virtud de que los efectos sanitarios se manifiestan en cambios en la calidad de vida de los pacientes.

1.2. Opciones consideradas

- a) Tratamiento de la anemia por medio de transfusiones.
- b) Tratamiento con eritropoyetina.

2. Evaluación de costos y beneficios

2.1. Enumeración de costos y beneficios

COSTOS	BENEFICIOS
Medicamentos	Calidad de la vida. No se cuentan con evidencias de cambio en la duración de la vida.
Transfusiones	
Otros insumos	

2.2. Medida

Se estimaron los costos anuales de los tratamientos.

2.3. Valoración explícita de costos

Se tuvieron en cuenta los costos de la posible infección por virus de hepatitis derivado de la transfusión sanguínea y los costos por la hipertensión arterial ocasionada por el uso de eritropoyetina. El equipo sanitario evaluó los diferentes de estados de salud de acuerdo a la Matriz de Rosser y Kind, donde se trata de asignar valores positivos y negativos. El valor positivo 1= a buena salud y valores negativos es mala salud. (para más detalle de esta matriz consultar, Badía, X y Rovira J., 1994).

3. Ajuste temporal y de incertidumbre

Se realizó un análisis de sensibilidad de los resultados con distintos supuestos respecto a la magnitud de los costos y de los beneficios medidos en AVAC's, así como con la hipótesis de que la eritropoyetina incrementa la supervivencia en un año. Se actualizaron los resultados empleando dos tasas de descuento. El horizonte temporal de los tratamientos se fijó en diez años.

4. Resultados y conclusiones

Los costos de tratamiento por paciente con transfusiones se situaron entre 39,000 y 58,000 pesetas. Dependiendo de los supuestos. Los costos con eritropoyetina incluyendo los efectos secundarios se situaron en un rango de 669,000 y 1,069,000 pesetas dependiendo de las hipótesis de trabajo empleadas. Los costos por AVAC se ubicaron en 6,200,00 y 40,000,000 pesetas. para el tratamiento con transfusiones y con eritropoyetina respectivamente.

5. Comentarios y discusión del alumno de la técnica utilizada, metodología, indicadores, alternativas y resultados.

Análisis de costo-beneficio

Frecuentemente los análisis de costo-efectividad y de costo-utilidad no proporcionan un criterio totalmente definitorio entre dos o más alternativas existentes. Por ejemplo, un costo por más bajo por AVAC ganado no supone que se deba aplicar automáticamente la opción que lo propicia.

La ambigüedad de esos métodos es el resultante de no emplear valores monetarios a la salud y a otros efectos intangibles. El análisis de minimización de costos sí contempla la valoración monetaria, no obstante, sus restricciones implican que su aplicabilidad se reduce a pocos espacios.

El análisis de costo-beneficio pretende salvar estos problemas. En efecto, para juzgar la conveniencia o no de la aplicación de un procedimiento o tratamiento, todas las variables deben estar expresadas en unidades homogéneas y commensurables. Esto es lo que hace el análisis de costo-beneficio. Los principios que guían a esta herramienta son

- a) Todos los eventos se expresan en su forma dineraria.
- b) Un programa o acción debe llevar a cabo si el beneficio neto es positivo y
- c) Si dos programas son mutuamente excluyentes, se aplicará aquel que demuestre un beneficio neto mayor.

Dados estos principios, el principal problema del análisis de costo-beneficio es la expresión dineraria de la salud y de otros efectos intangibles que por su naturaleza son difíciles de evaluar. Por supuesto que la "transformación" en dinero debe entenderse únicamente como un recurso técnico y no como un argumento a favor del mercado, de la privatización de los servicios o de argumentos raciales ("porque una persona "vale" más que otra").

La valoración monetaria de la salud puede basarse en el enfoque de capital humano (CH) o en el disponibilidad a pagar (DAP).

El enfoque de CH se basa en la valoración de una decisión o programa de salud sobre la salud y supervivencia y sobre las capacidades productivas de los individuos. En ese contexto, los beneficios de prevenir una muerte están dados por los años de vida productiva (que de otra forma se hubieran perdido), multiplicado por el salario anual bruto que percibiría en esos años y por la tasa de ocupación estimada para ese periodo.

Las principales críticas a esta metodología son las siguientes:

1. No tiene un sólido fundamento teórico. En realidad los individuos valoran la vida independientemente de que estén en un proceso productivo.
2. En caso de que se aceptara el enfoque de CH, en realidad debería incluir también sus “costos” (alimentación, educación), algo que el modelo deja de fuera.
3. Discrimina a grupos sociales inactivos.

En respuesta a estas debilidades surgió el método de DAP que consiste en la valorización de la vida y la salud sobre la base del dinero que los individuos están dispuestos a pagar por una mejora cierta o probable de salud. Alternativamente también se puede considerar el monto en dinero que los individuos aceptarían por un estado de salud deficiente. Desde el punto de vista teórico, el DAP es superior al enfoque de CH. Existen dos aproximaciones para valorar el DAP: los modelos basados en cuestionarios y basados en preferencias reveladas. En el primer caso se trata de estimaciones declaradas por los individuos; en el segundo, de valorizaciones inferidas por el comportamiento observado de los individuos.

Estudio de Caso

Datos adaptados de J. Mugarra I. Cabasés J. (1990). «Análisis coste-beneficio del programa de detección precoz de enfermedades metabólicas en la comunidad autónoma vasca». *Gaceta Sanitaria*; 19: 140 – 144.

1. Diseño del estudio

1.1. Cuestión planteada

Se plantea estudiar la rentabilidad social (diferencia entre beneficios sociales y costos) de un programa de detección precoz y tratamiento de la fenilcetonuria y del hipotiroidismo congénito.

1.2. Opciones consideradas

Dado que el programa ya existe, se contrasta con la posibilidad de supresión del mismo.

2. Evaluación de costos y beneficios

2.1. Enumeración de costos y beneficios

Del lado de los costos, se considera la utilización de recursos sanitarios para la detección, diagnóstico y tratamiento precoz de las dos enfermedades. Por parte de los beneficios, se presentan las estimaciones de ahorro futuro de recursos en educación y sanitarios y la productividad ganada por los individuos que evitarían retraso mental.

2.2. Medida

Se estimaron los costos imputables al programa en dos años. En cuanto a los beneficios, se supone que el costo de la educación especial es 87% más cara que la educación habitual. Se consideraron también los costos adicionales para personas con deficiencias graves. Los beneficios indirectos se calcularon como el valor de la producción ganada por la prevención de 20 casos de deficiencia mental.

2.3. Valoración explícita de costos

La valorización se efectuó a precios de costo de las instituciones obtenidos de la contabilidad correspondiente. Para la estimación de los efectos indirectos se utiliza al Valor Añadido Bruto (VAB) por persona.

3. Ajuste temporal y de incertidumbre

Todas las estimaciones se efectuaron considerando una tasa de descuento de 4 y de 7%. Se estableció el supuesto de que los costos educativos-asistenciales no se incrementarían y que el VAB por persona se incrementaría en 2% en términos reales.

4. Resultados y conclusiones

Los resultados se sintetizan mediante índices de costo-beneficio en los que destaca el descubrimiento de que el valor actual es positivo. La excepción lo constituyen los casos en cuales se aplica una tasa de descuento del 7% y del VAB del 2%. En términos de costo-beneficio, la prevención de un caso de retraso mental se estimó en 3.3 millones de ptas.

5. Comentarios y discusión del alumno de la técnica utilizada, metodología, alternativas y resultados.

DIPLOMADO A DISTANCIA: GERENCIA Y ECONOMIA DE SERVICIOS DE SALUD

**HOJA DE IDENTIFICACIÓN PARA ENVÍO
DE ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN**

DE:

NOMBRE:	FECHA:
INSTITUCIÓN:	
PAÍS:	LOCALIDAD
Fax:	Correo electrónico:

PARA: FAX: 5668 0094 / 55950644

FAX DEL PROFESOR TUTOR:

COORDINADORA: Lic. Antonio Pérez Gómez / Dra. Claudia Juárez Ruiz

TUTOR:

Puede fotocopiar esta forma y emplearla para enviar cada una de las actividades de evaluación.

A C T I V I D A D E S	FECHA DE ENVÍO	No. DE HOJAS QUE ANEXA
Primer ejercicio.		
Primer avance del trabajo final.		
Segundo ejercicio.		
Segundo avance del trabajo final.		
Tercer ejercicio.		
Trabajo final.		

Directorio

MARIO LUIS FUENTES ALCALÁ
Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CIESS

MARÍA ELVIRA CONTRERAS SAUCEDO
Secretaria General de la CISS

LUIS JOSÉ MARTÍNEZ VILLALBA
Director del CIESS

GUILLERMO FAJARDO ORTIZ
Coordinador Académico del CIESS

ANTONIO PÉREZ GÓMEZ
Jefe (a.i.) de la División de Administración del CIESS

CLAUDIA JUÁREZ RUIZ
Coordinadora del Área de Economía de la Salud del CIESS

MARTÍN GÓMEZ SILVA
Coordinador de la Unidad de Tecnología Educativa del CIESS

JUAN JOSÉ ZERMEÑO CÓRDOVA
Jefe del Área de Comunicación del CIESS